Commission on the Future of Health Care in Canada

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada

DISCUSSION PAPER NO.9

Options for Raising Revenue for Health Care

by

Melissa Rode

Regina, Saskatchewan

Michael Rushton

University of Regina

August 2002

The views expressed herein are solely those of the authors and do not necessarily reflect those of the Commission on the Future of Health Care in Canada.

103-00511/

Contents

Highlights	**iv**
Executive Summary	**v**
Introduction	**1**
Efficiency and Equity	**2**
Hypothecated Taxes for Health Care	**5**
Copayment Systems: An Evaluation of Two Proposals	**6**
Federal-Provincial Tax and Transfer Issues	**9**
Increasing Provincial Tax Revenues: A Proposal	**14**
Conclusion	**17**
References	**18**

Highlights

- This paper examines options for raising revenues for health care either through new sources or variations in existing sources.

- Hypothecated taxes, which have been proposed in Britain for health care funding, are rejected on the grounds of high administration costs, the restrictions they place on the provincial budget-making process, and the long-term difficulties of keeping the process of revenue allocation transparent.

- A system of copayments administered through treating a portion of individual use of the health care system as a taxable benefit in the personal income tax is rejected on the grounds that it assumes that overuse of the system can be deterred by charging patients, and requires a large leap in Canadian values in assuming that individuals should personally bear a proportion of their medical costs.

- Increased transfers from the federal government to the provinces, either as a lump sum or through a re-introduction of cost sharing, are rejected on the grounds of being unstable and, for cost sharing in particular, of distorting decision making at the provincial government level without a clear rationale for doing so.

- A proposal is made for a shift in tax room to the provinces, in particular through the GST, administered through a low administration cost, highly efficient system first used in the European Union.

Executive Summary

The *Interim Report* of the Commission on the Future of Health Care in Canada outlines four basic options for dealing with the problem of the fiscal sustainability of Canada's health care system:

- Providing more revenue to the system to "catch up" with a basically sound system that has recently been to some degree underfunded;
- Searching for new revenue sources to deal with what are expected to be rapidly increasing costs in the system, owing to an aging population, and the supply and demand of new health technologies;
- Looking for ways to use the private provision of insurance and services to supplement the public system; and
- Finding greater efficiency in service delivery within the public system (2002, 26-7).

This essay focuses on the first and second options, comparing the enhanced use of existing revenue sources with finding new revenue sources.

Our analysis is grounded in the traditional economic concepts of efficiency and equity. Efficiency requires that the revenue option not unduly distort the workings of the market. Equity presents itself in four variants: (1) vertical equity, that revenue should be raised on the basis of ability to pay; (2) horizontal equity, that the revenue option should treat alike those in like situations; (3) intergenerational equity, that the tax, transfer and government expenditure system should not be structured such that one generation receives benefits far in excess of the taxes it pays relative to some other generation, which bears the burden of financing the difference; and (4) the benefit principle, more controversial than the other three, that to some degree individuals should contribute to health care financing in a way related to their use of the system.

Hypothecated taxes are either add-ons to an existing tax or a stand-alone tax that is publicly committed by the government to be devoted to health care expenditure. Defenders of hypothecated taxes note that public acceptance of an increase in taxation is much higher when the extra revenues are expressly dedicated to health. However, there are drawbacks, and we conclude that Canada does not require a hypothecated tax at this time, on the grounds of high administration costs, the restrictions they place on the provincial budget-making process, and the long-term difficulties of keeping the process of revenue allocation transparent.

A recent proposal in Canada by Tom Kent (2000) was that additional revenues could be found for Medicare through treating individual use of the health care system as a taxable benefit in the personal income tax. The revenue would be collected by the federal government and redistributed to provinces through a cost-sharing system on Medicare expenditures. We question whether the problem of overuse of the health care system is best addressed through the incentives facing patients, rather than health service providers. The notion that individuals should bear some of the cost of the use of the system would require a major change in Canadian

thinking. A similar proposal, by Aba, Goodman and Mintz (2002), like Kent, fails to provide a convincing ethical argument for user copayments. Finally, we note a number of the problems with Kent's proposal for transferring money to provinces through cost-sharing agreements.

We conclude that the best means of ensuring stable funding for provincial treasuries, which is where financing to health care providers must ultimately flow, is through a transfer of tax room to the provinces. Since it is already likely the case that provinces rely more on corporate taxes than is efficient in a federation, and since it is difficult to use the personal income tax as a major instrument of income redistribution if devolved in a significant way to the provinces, sales taxes are the most promising avenue for change.

We suggest, following a scheme first outlined in Hill and Rushton (1993), a transfer of the federal GST to the provinces, to be administered through a system similar to that in place in the European Union. The proposed system, perhaps contrary to much belief, does not require a uniform tax rate or base across different provinces. For administration it relies on interprovincial mechanisms already in place, and if, as likely, it led to the elimination of existing provincial retail sales taxes, it could substantially decrease the administration costs of Canadian public finance. It is efficient in that it does not distort interprovincial resource allocation or encourage tax competition among provinces. It would give provinces stability in funding, and flexibility in their choice of tax mix.

We find this proposal is superior to reliance on federal-provincial transfers, which would need to increase in future decades, with all the political dispute this would entail, to correct what is forecast to be a growing vertical fiscal imbalance.

Introduction

The *Interim Report* of the Commission on the Future of Health Care in Canada outlines four basic options for dealing with the problem of the fiscal sustainability of Canada's health care system:

- Providing more revenue to the system to "catch up" with a basically sound system that has recently been to some degree underfunded;
- Searching for new revenue sources to deal with what are expected to be rapidly increasing costs in the system, owing to an aging population, and the supply and demand of new health technologies;
- Looking for ways to use the private provision of insurance and services to supplement the public system; and
- Finding greater efficiency in service delivery within the public system (2002, 26-7).

This essay focuses on the first and second options, comparing the enhanced use of existing revenue sources with finding new revenue sources. This is not meant in any way to rule out the other two options as possibilities, perhaps superior ones. But we leave to other investigators the questions of whether the system is at present underfunded, and whether there are gains to be had in more efficient use of private or public health care resources.

After a preliminary discussion of key concepts in the analysis of health care funding, our paper constructs an argument in three parts. First, we reject the idea, made recently by various Canadian commentators, that additional revenue for the health care system should be found through collecting at least some revenue from individuals based on their use of the health care system. Instead, we recommend finding extra revenues through the tax system. Second, we argue that it is better that the additional revenues be collected at the provincial level, rather than having them collected at the federal level and subsequently transferred to the provinces. Third, we argue that sales taxes are the field where provinces can raise extra revenues most efficiently and, owing to the large vertical fiscal imbalance between the federal and provincial governments, the federal government can afford to sacrifice some tax room. We propose that the GST is more easily administered at the provincial level than is often assumed, and provide a sketch of how a transfer of this tax field from the federal to the provincial governments might work.

Efficiency and Equity

A useful guide in the examination of public sources of health care funding is given by Normand (1992, 768):

- The cost of collecting the funds should be low
- The system should be equitable
- The funding should be adequate and not be subject to fluctuations
- The system should not lead to conflict with other government objectives
- The public should be satisfied with the system
- The system should not channel funds into low priority programmes or away from high priorities.

When we say that the cost of collecting funds should be low, we mean this in two senses.

First, the system should be *efficient* in the economist's sense of the term. Almost all methods of raising public revenue impose a cost on the economy; the market economy is generally quite effective at allocating labour and capital resources to their most productive uses, and the various taxes levied by government will typically change the incentives of individuals and investors such that at the margin they are directed away from their most productive use. As a result, taxes remove an amount of income out of the private economy greater than the amount of revenue actually received by government. This difference is called the efficiency loss, and an efficient tax system is one that does not cause efficiency losses beyond what is necessary given the amount of revenue to be raised and the equity goals of the government.

Second, the cost of administering the collection of revenue should itself be low. This includes both the cost to the government of administering the revenue source and the cost to the taxpayer of complying with the system. This puts a burden on any advocates of a *new* tax to be added to the existing collection of federal, provincial and local taxes, since the administration costs of the system would be increased, compared to an increase in the rates applied to existing taxes, which would entail no additional administrative costs.

That the system should be equitable generates many questions. There are (at least) four different concepts of equity we should keep in mind, noting that individual citizens are going to place very different weights on these four concepts.

The first notion is vertical equity, which holds that to some degree the financing of public health care should be based upon ability to pay, i.e., the system should be "progressive." While this seems uncontroversial, we make two notes. First, that it is fair to have a progressive system does not imply that more progressivity always equals more fairness. There is a balance to be found between collecting revenues on the basis of ability to pay and requiring those with high

incomes to bear an unfairly high burden of the total revenue needs. Second, note that just because it is a shared value that the tax and expenditure system should be progressive does not mean that each and every component of the system needs to be progressive. For example, the best tax system is likely a combination of a progressive income tax and sales taxes that are roughly proportional in burden. The system as a whole is progressive even though the sales tax itself is not.

The second notion of equity is horizontal equity: those in similar circumstances should be treated the same by the tax system. Again, the idea that revenue should not be collected in an arbitrary fashion is uncontroversial, but we note that in Canada's federal system the concept of horizontal equity is at least part of the rationale for equalization transfers, meant to ensure that individuals in all provinces, regardless of the provincial tax base, have access to comparable levels of public services at comparable tax rates.

The third notion of equity is intergenerational equity. In this case, the idea is to avoid a situation where citizens of one generation pay taxes substantially higher than the benefits they receive from the public sector as a result of their subsidizing the public sector consumption of an older or younger generation. As a hypothetical example, suppose generation Z ran large government deficits during their working years. Further suppose upon retirement generation Z pays low taxes, perhaps because the tax system is heavily geared toward income taxes rather than consumption taxes, and at the same time places high demands on public expenditure through the health care system. The generation working during generation Z's retirement years may consider the system somewhat inequitable as they struggle to finance both generation Z's health care demands and the government debt left by generation Z. Recent estimates by Cardarelli, Sefton and Kotlikoff (2000) show that, for many countries, the generation currently over the age of 50 will receive a net benefit through the tax, transfer and expenditure system financed by those currently under 50, in most Western countries and, to a significant degree, in the United States. In their estimates, Canada stands out as the only country with virtually perfect intergenerational equity at the present time. This is good news, because it means that governments in Canada have the flexibility to be able to consider policies that might conceivably shift the intergenerational balance without fear that they are exacerbating some pre-existing substantial intergenerational inequity.

The fourth concept of equity, very controversial in the field of health care, is the question of whether, at least to *some* degree, it is fair that individuals contribute to the financing of health care in a way proportional to their use of the system. As we show below, some prominent Canadians have advocated this view. However, it is a contested view. Tobin (1970) coins the phrase *specific egalitarianism* for the notion that for *some* goods, like medical care, availability of service should not depend on income. The rationale for specific egalitarianism is that equality in the distribution of a certain set of goods is necessary for all individuals to have an equal opportunity to fully participate in society. This would include civil liberties and the justice system, at least minimum amounts of food and shelter, and necessary medical care.

Health economists have devoted considerable attention to the challenging question of what constitutes equity in health care (Culyer and Wagstaff 1993; Hurley 2000; Pereira 1993; and Wagstaff and Van Doorslaer 2000). There are different levels across which we could think about

equality: equality of health, equality of health care or equality of access, for example. In a paper on options for raising revenue, the key aspect of equity is access (which is not meant to diminish the general importance of the other equity aspects). *Why* equal access matters is subject to debate. Wagstaff and Van Doorslaer (2000, 1815) stress that access matters to us because it is a means to an end – we think equal access is especially important in health care because we think health is a special kind of good, unlike other consumer goods – while Hurley (2000, 89) takes a different approach: "The ethical basis for equality of access does not derive from any necessary relation with its ultimate effect on the distribution of health care or health. It is intimately linked to the notion of equal opportunity or a fair chance."

A small copayment for health care services, which did not apply to low-income individuals and which had a cap as a proportion of income, would not eliminate availability of health care for anyone. That being said, the notion that use of health care services would become an economic decision for individuals rather than something they simply use when they have a felt need is going to go against the grain of what has become, for good or ill, a value judgment held by many Canadians. We argue below, when we evaluate some copayment proposals, that the proponents have not provided the kind of moral argument that will be necessary to convince the public at large.

Hypothecated Taxes for Health Care

General taxation, social insurance, private insurance and payments by individuals are common options for funding health care worldwide. Hypothecated or earmarked taxes, ones whose revenues are dedicated solely to funding health care, are an option, though rarely used.

The idea has several merits. Hypothecation is a way of connecting citizens with the taxation they pay. A potential problem with the current system of pooled or non-hypothecated taxes is that it obscures the purpose of taxation. The processes by which government currently decides how to allocate revenues to given programmes or areas are decided by government, out of public view. This gives the government great flexibility in what it does, but at the same time promotes distrust and cynicism among taxpayers.

The concept of identifying a particular tax, or part of a tax, has the attraction that it introduces transparency into the financing of a service. There is less resistance from the public for tax increases when they are justified (Le Grand 2000). Research done for the Fabian Society's Commission on Taxation and Citizenship in the United Kingdom on public attitudes toward taxation demonstrated that public hostility to increases in taxation is dramatically reduced if people are told on what the money will be spent (and if they believe what they are told). When asked if they favoured a 1 percentage point increase in personal income tax as a contribution toward the general pool of government revenue, only 40 percent agreed. When asked if they would favour a rise if the money was spent on the National Health Service, 80 percent agreed.

However, there are arguments against hypothecated taxes. This policy is not favoured by departments of finance as it reduces their ability to control expenditure compared with funding from a general pool of revenues (Normand 1992). Also, if it is a new tax rather than a "piggyback" on an existing tax, it incurs high collection and administration costs. A variant of hypothecation is that all the revenue from "sin taxes," i.e., taxes on tobacco, alcohol and gambling (including lotteries), should be earmarked for health funding. This has little advantage over pooling revenue from these sources with other taxes. Furthermore, the revenue from these taxes would likely fund only part of the total health care costs. If one wanted to earmark a single tax or part of a tax to wholly fund the health care, then the only possible candidates are income tax or sales tax.

There seems to be little need for a hypothecated tax for health care in Canada. Where provinces are devoting around 40 percent of their operating budgets to health care expenditure, no single tax could come close to providing the necessary revenues on its own. As for a hypothecated tax to fund incremental spending, the taxation-expenditure link would quickly become cloudy as the government made any adjustments to other taxes or areas of spending. It would increase administrative costs in terms of trying to provide transparency in how the new tax was being devoted to the expenditure side of the budget, and this transparency is necessary to the justification of a hypothecated tax in the first place.

Copayment Systems: An Evaluation of Two Proposals

Tom Kent (2000) proposes a system of copayments for Medicare that he sees as consistent with the provisions of the *Canada Health Act*, where user fees and extra-billing are not (note that Courchene [1994, p. 186-7] proposes, in passing, a plan similar to Kent's). Although the implementation of any system of copayments will raise questions regarding whether it is compatible with the *Canada Health Act*, especially the provision on access (but also the provision on portability), the Act in itself does not provide us with a definitive answer to questions about which systems of copayments would or would not be found acceptable. As economists not trained in the interpretation of federal statutes, we are unable to provide critique of Kent's claim that his proposal falls within the provisions of the Act, although no doubt the claim is based at least in part on the fact that under his proposal low-income individuals would make no additional payments.

As background, Kent notes that Medicare, as it stands, has costs and expectations that are great and rising, with patients who are generally unaware of the costs their personal use imposes on the system (although they are generally aware of the total cost to the taxpayer) and physicians with little incentive to be cost-conscious.

> In short, the ideologues of market economies are right, in the sense that pressure to exceed reasonable needs is inherent in tax-financed health care. Medicare does require a way to contain its costs without breaking the principle of universal access. (Kent 2000, 11).

Kent proposes that individuals (or families) receive at the end of each year a statement of the costs of their use of the Medicare system. The statement would be in a format similar to the T4 used in the personal income tax. Medicare use, up to between 5 and 10 percent of income, depending on family size and income levels, would be treated as a taxable benefit for the purposes of federal income tax. Under current federal tax rates, the total increase in income tax should not be more than 2.9 percent of pre-tax income for any individual. Since he proposes that provinces may or may not want to participate, it is not clear whether this marginal increase to federal taxes would be added to the tax base of those provinces that continue to base their personal income tax on federal tax owing (many provinces are departing from the "tax-on-tax" system of gathering provincial personal income tax to a "tax-on-base" system). Note that Kent also proposes increased transfers from the federal government to the provinces for Medicare, the details of which are discussed in the next section of this paper. But for now we note that there is some rationale for collecting this extra revenue at the federal level, since it is accompanied by a proposal to transfer the funds to the provinces.

The rationale for this particular method of tax increase is that:

> Few people may realize how much their own care costs, but all know that Medicare in total is expensive, that it is in some respects inefficient, sometimes abused. The ordinary sense of fairness is not offended by the idea that people should make some direct contribution to the cost of service, according to how much they use it and how much they can afford. (Kent 2000, 12)

Although Kent refers to user fees and extra-billing as "crude devices," in fact this is a proposal for "progressive" user fees (indeed more progressive than the personal income tax, since the proportion of the individual use of the system that is added to taxable income is itself applied in a way that rises with income).

Aside from the federal-provincial relations aspect, dealt with below, there are substantial concerns with Kent's proposal.

First, Kent himself notes that physicians are not always the most cost-conscious users of public funds. Yet his proposal assumes that the major incentive problem facing Medicare is located not with the doctor but with the patient. The vast literature on that crucial problem of health economics – supplier-induced demand – is beyond the scope of this essay, except to note that there are significant questions about any scheme that assumes more rational use of the health care system if only the patient is forced to bear a direct proportion of the costs (see Barer et al. 1994; Evans, Barer and Stoddart 1994; and Evans et al. 1994).

Second, the notion of what constitutes fairness in paying for health care is subject to question. Kent claims that our notion of fairness does not object to people paying for the service based on what they use and how much they can afford. Our tax-financed system already funds health care on the basis of what people can afford, so the major innovation that comes with the "taxable benefits" proposal is to have people pay according to what they use. One could *conceivably* make an argument that Kent is correct: fairness dictates that heavier users of the public health care system should pay more, incomes being equal. The Interim Report of the Commission notes that among the differences in opinion found on how to address the sustainability problem in Medicare, at least one of the four outlooks around which views tended to coalesce was that individuals should bear more financial responsibility for their use of the health care system (Commission on the Future of Health Care in Canada 2002, 11). But Kent's claim that the "ordinary sense of fairness" is not offended by the idea is true only for a portion of the Canadian public, and a deeper enquiry is needed before this value could be used as a basis for health care reform.

Still, we note that Kent's paper is a valuable attempt to deal with the political and economic challenges facing the reform of Medicare, and many of the proposed reforms, in terms of federal-provincial cooperation and the need to more effectively harness the tremendous advances in information technology to the Canadian health care system, are certainly worth careful consideration, although those aspects are beyond the scope of this essay.

Aba, Goodman and Mintz (2002) (AGM) propose a copayment system somewhat similar to Kent's. Key differences are that AGM would have the additional revenues be raised directly by the provinces rather than by the federal government, and would be based on 40 percent of the cost of services to a maximum of 3 percent of annual income above the threshold level of $10,000. AGM estimate that 62 percent of families would pay the full 3 percent. Not only would the plan raise additional revenue, by about $6.6 billion based on year 2000 figures, but the incentive effects for individuals to economize on their use of the system would save about $6.3 billion annually (based on a 17 percent drop in use by those individuals not at the 3 percent-

of-income ceiling – those at the ceiling have no disincentives on health care use, since the marginal cost for them is the same as under the present system, i.e., zero).

Although there would be increased administration costs from this new payment mechanism, AGM stress the positive aspect: an accounting of individuals' use of various parts of the Medicare system should improve accountability.

Like Kent, AGM *assert* that there is something fair about the copayment system without really providing a thorough explanation: "Fairness is improved because individuals who consume public services contribute more to their cost" (p. 2); "When consumption levels of public services vary among people in otherwise similar economic circumstances, then fairness is improved if contributions are related to the cost of those services. Fairness is improved further if individuals who may assume health risks that result in greater health care expenditures contribute more to the costs of the health care system" (p. 5).

Evans et al. (1994) stated:

> If a service is incontestably medical in intent, and is effective, and is regarded by the community as necessary, and can be provided in no other, less costly way, why would one want to impose a user charge? At that point one of the standard arguments against user charges, that they tax the sick, seems wholly justified. Such charges may be highly effective as a revenue raising devise, but why would one regard the experience of illness, and the use of effective care, as an indicator of taxable capacity or ability to pay? No answer ever seems to have been offered. (P. 27)

The proposals by Kent and AGM each ensure that the lowest income individuals will not face additional charges. But under each proposal, the "fairness" rationale for copayment is given no defence, and so there is insufficient reason for departing from our current system of raising revenues for core health care services through general taxation. The remainder of this paper will focus on raising additional revenues through the tax system, and the next section considers whether the additional revenues should be raised at the federal or the provincial level.

Federal-Provincial Tax and Transfer Issues

Provinces bear the burden of paying health care providers in the Medicare system. So any options for raising revenue for health care must ultimately result in an increase in funding to provincial treasuries. We divide the various ways of accomplishing an increase in provincial revenues into three categories:

- increased block transfers from the federal government;
- increased transfers from the federal government based on cost sharing; and
- an increase in the ability of provinces to raise own-source revenues.

We deal with these in turn.

Block transfers from the federal government to the provinces, not tied in any way to levels of provincial funding, have two principal rationales. The first is equalization, which has both equity and efficiency justifications. The equity rationale for an equalization system is the value we seem to share as Canadians that people across the country should be able to receive roughly comparable levels of service delivery by their provincial governments at roughly comparable levels of taxation. Indeed, that is the reason given in our Constitution for Canada's equalization system.

The efficiency rationale for equalization is less known. Canada's economy will be at its most productive if it's labour force is allocated across regions and jobs such that each worker is located where his/her marginal product is highest. In general, competitive labour markets do a good job at generating this allocation, since in equilibrium in each place of employment wages will tend to equal marginal product. As technologies and world trading prices change, so do the values of workers' marginal products. Where labour has become more valuable, perhaps owing to increased demand for a particular service, wages will rise in that sector, and some workers will choose to leave the lower productivity sector for the higher productivity sector, following the higher wages. Equilibrium is eventually reached through the law of diminishing returns, as wages eventually equalize across sectors for any given skill level. But a complication arises when provincial governments have significantly different per capita tax bases, since labour will allocate itself according to the *total* income it can receive in a province; total income would include wages but also the "net fiscal benefit," the difference between the government services the individual will receive and the taxes he/she will have to pay. In this case labour is not being allocated strictly according to productivity, and national income will fall. To put it in a concrete context, it is a misallocation of Canadian labour if individuals move to Alberta not because wages have been rising there, but because that is the only way to take advantage of the benefits that flow from having public services funded by high natural resource revenues and only very low personal taxes. An equalization system, like the one in Canada, should prevent excessive migration to tax-base-rich provinces by equalizing to some degree the net fiscal benefits in different provinces; see Boadway (2000) or Boadway and Hobson (1993) for a defence of the efficiency-rationale for equalization. It should be noted that the efficiency argument for equalization is not universally held – some may wonder if it is in fact efficient to provide the Atlantic provinces with substantial equalization payments on the rationale that we would not want to allow excessive out-migration. Also note that the United States does not have an

equalization system (although some of their federal-state transfers are at least somewhat equalizing); see Courchene (1994, 107-8) for a critique of the efficiency argument for equalization.

Since the purpose of equalization is to equalize net fiscal benefits, it makes sense that the formula is based on the shortfall between a province's tax base and the average tax base of a five-province standard. It also makes sense that the equalization payments are a lump sum to be spent as the province sees fit and are not based on provincial spending.

The other rationale for block transfers from the federal government to the provinces is "vertical fiscal imbalance" (VFI). VFI arises when the federal government has greater capacity to raise revenue through taxation than it actually needs in order to fund spending programs that fall under federal jurisdiction, and provinces are in the opposite situation of not having enough taxation capacity to fund the programs for which they are responsible. Much of the federal-provincial debate over health care funding revolves around the problem of vertical fiscal imbalance, with health care costs rising faster than other areas of government spending and provinces constrained in their ability to raise the necessary revenue to fund it. The Canada Health and Social Transfer (CHST) is the primary transfer designed to correct the problem of vertical fiscal imbalance, being an equal per capita transfer to all provinces. As Hobson and St-Hilaire (2000, 160) note, a method of revenue-transfer is *all* that the CHST is; it does not function as an instrument of social policy.

How large a problem is VFI? Ruggeri and Howard (2001) consider VFI through a lens that compares the future path of federal and provincial revenues and spending based on the built-in growth that would arise from the current tax and federal-provincial transfer systems. They conclude that, under current arrangements, the federal government will see a steady increase in the size of its budget surplus while, in general, provinces will have small and somewhat precarious surpluses over the next 20 years; in other words, the problem of VFI will worsen without some sort of policy change. A significant contributor to the projected increases in VFI is the rate of increase in health care costs, projected at 4.8 percent annually, while total own-source revenue growth for the provinces is projected at only 3.8 percent annually (compared to 4.3 percent at the federal level).

Norrie and Wilson (2000) concur that VFI is likely to increase under current arrangements. In their comparison of dealing with the problem through increased transfer payments from the federal government or through increased tax capacity for the provinces, they note that an advantage to increasing federal-provincial transfers is that the marginal cost of raising tax revenue might well be lower at the federal level than at the provincial. The main drawback of dealing with increasing VFI through increasing federal-provincial transfers is that it provides little guarantee of stable funding for provinces. The history of the past few decades is such that provinces will always be wary of relying even more heavily on transfers, which can be cut, sometimes in very arbitrary ways, whenever the federal government finds itself in some fiscal difficulty (also see Hobson and St-Hilaire 2000, 182-3).

There are other problems that arise with transfers to deal with VFI. If health care costs are likely to continue to rise at rates higher than either other public expenditures or tax revenues

under current rates, then the amount of transfer must continually be adjusted. In such circumstances, as recent history has shown, there is confusion in the public mind as to the degree to which the two levels of government should be held accountable for decisions made on the raising of revenue and the expenditure of funds in health care. Current arrangements may not foster accountability for governments in public health care.

However, federal-provincial transfers based on cost sharing in Medicare would at least partially solve the problem of the level of transfers keeping pace with the increased cost of providing health care. But there are significant concerns with cost sharing as well.

Kent (2000) suggests that the revenue from the income-tax-based copayments discussed above be distributed to provinces through a cost-sharing scheme, initially set at 20 percent of eligible expenditure and rising as high as 25 percent as various federal-provincial co-operative measures are put into place. Kent gives two rationales for cost sharing. First, "the standard and good reason for such support is that without it Newfoundland, say, could not afford much of what Alberta can" (p. 3). But that is a reason for equalization, not cost sharing. Second, the *Canada Health Act* mandates that provinces run some very expensive programs: "Medicare could not have begun, as a similar service for all Canadians, except as a federal-provincial partnership. It can survive only as a partnership in which shared principles are backed by shared costs" (p. 3). But again, this is a rationale for ensuring that provinces have adequate revenues to fund federally mandated public health care, something which can be achieved through either a lump-sum transfer or an (equalized) increase in the capacity of provinces to raise own-source revenues. It might be that what Kent has in mind is the federal government using its financial contribution as a means of enforcing, through the threat of the withholding of funds, of the *Canada Health Act*. This is the view of the National Forum on Health (1996), which speculated that as much as the federal government might use its powers of "moral suasion" to persuade the provinces to uphold the existing principles of Medicare, "unless it is backed by some financial or regulatory clout, there is no reason to believe this would be an effective strategy."

The CHST is the culmination of a long withdrawal by the federal government in cost-sharing programs for Medicare, welfare, and post-secondary education. The rationale for cost sharing at the time was that the federal government wanted to provide *incentives* to provinces to expand service provision in those fields beyond what the provinces would themselves opt to provide under a lump-sum transfer of equivalent value. In other words, the aim was to provide what economists would call a "substitution effect" – a change in the relative prices of goods in order to encourage a particular activity, in this case particular government programs – as well as an "income effect" – the effect on provincial budgetary decision making resulting from a lump-sum transfer with no changes in the relative costs of programs. But here we would have to ask, in the 2002 context, why we would want to provide provinces an incentive to allocate a greater share of their budgets to health care, at the expense of other programs, than they would in the absence of a shared-cost program. Normally economists justify cost sharing if there is a significant interprovincial externality arising from expenditure in a particular program. But there is no evidence for such an externality in health care, certainly not to the extent that a 25 percent subsidy is required to provincial spending.

There are other problems that arise with cost-shared programs. First, a decision must be made if it is to be closed- or open-ended. The history of open-ended programs is that the federal government came to resent being responsible for providing funding for a program over which it had no control over the amount of spending. If closed-ended, then at the margin the desired substitution effect, if it existed in the first place as a justification for cost sharing, is removed as provinces would find that they were responsible for 100 percent of spending at the margin. Second, cost sharing can cause an inefficient allocation of resources across policy areas, as provinces devote too many resources to those particular programs that fall under the scope of cost sharing at the expense of other programs that may also be effective in achieving the wider policy goals. For example, officials in provincial departments of social services report that there is now a much greater willingness to experiment with different programs in the human services area, integrating training, employment, and income supplements, in ways that were not done during the cost-sharing years of the Canada Assistance Plan, which provided 50 percent cost sharing to a limited selection of welfare programs. Given the very wide range of policy instruments that can be used by governments to achieve the outcome of better population health, it is important that there not be artificial incentives to focus on some instruments rather than others purely because they fall under a cost-sharing agreement.

The third option for increasing the resources in provincial treasuries so as to allow greater expenditure on health care is to provide provinces with increased capacity to raise own-source revenues. To preserve the goal of horizontal equity across Canada, it would be crucial that any new revenue source be fully included in equalization.

The critical problem with increasing provincial revenue capacity is that Canada possesses an unusual tax structure for a federation, with all major tax fields occupied by both Ottawa and the provinces. Economists have often remarked on this fact, and although there are some differences of opinion on some details, there seems to be a broad consensus that (1) corporate income taxes are an inefficient way for provinces to raise own-source revenue, and are a field that is probably best left to the federal government, (2) sales taxes are most efficiently left at the provincial level, with a federal presence in the field not really necessary, and (3) personal income taxes are such a substantial source of revenue at both levels of government that it makes sense to leave it as a shared field.

In an oft-cited review of the issues, Richard Musgrave (1983) asks, in a federal system, who should tax, what, and where. The standard answer from the theory of federal public finance is that those taxes that aim to progressively redistribute income in a significant way, as well as those taxes that apply to bases that are highly mobile across sub-national jurisdictions, should be levied at the federal government level. Provincial governments are best suited for taxing less mobile bases, and will be limited in the degree to which they can pursue income redistribution. From this analysis, it is not surprising that observers suggest that corporate income taxes are best levied by Ottawa, since the corporate income tax base is highly mobile across provincial boundaries. Although the tax base for corporate income for firms operating in more than one province is allocated by the simple formula of the average of the total payroll and the total sales in the province as a share of the national levels, in a recent empirical study, confirming prior work by other researchers, Mintz and Smart (2001) find evidence of substantial corporate tax shifting across Canada in response to variations in provincial corporate tax rates.

If there are problems with corporate taxation at the provincial level, and indeed even internationally as capital becomes even more mobile, then increased provincial personal income taxes or sales taxes become the best option.

But since both taxes are also occupied by the federal government in a significant way, provinces can only increase tax rates in either of these areas if Ottawa is willing to create some "tax room." The case for this can certainly be made in revenue terms, given the evidence of an increasing vertical fiscal imbalance in favour of Ottawa over the next few decades. But we recognize the substantial political issues involved in having the federal government being willing to cede a substantial revenue source.

Our recommendation is for a transfer of sales tax room from Ottawa to the provinces; put simply, the GST should become a provincial tax. We provide a method for administering the GST at the provincial level in the next section, which amounts to an adoption of the Quebec "zero-rating" system Canada-wide. Our rationale for increased sales taxes at the provincial level is that they are the most efficient means of provincial revenue collection. Indeed the GST will prove to be even more efficient than existing provincial sales taxes. We also will show that the proposal would not entail large administration costs.

The proposal is not a radical one. Giving the sales tax field to the provinces was recommended by the Rowell-Sirois Commission and the Carter Commission, and is supported, although the specifics vary, by Boadway and Hobson (1993, p. 154) and Ip and Mintz (1992). However, since substantial concerns are raised about whether such an arrangement is administratively feasible (Bird 1994), it is important that the details be clearly set out.

Increasing Provincial Tax Revenues: A Proposal

Our proposal for transferring the GST to the provinces was first set out in Hill and Rushton (1993), and draws on the recent experience in the European Union (EU) with Value-Added Taxes (VAT) like the GST. We refer readers to the original reference for detailed exposition – in this paper we give a brief outline of the proposed system and some of its implications.

The Europeans faced the following problem. Each country in the EU administered a VAT. The rates differed across countries, as did the base; for example, in some countries basic groceries were subject to the tax and in others they were not. Into such a system came the initiative to end border controls within the Union on goods and services. The European problem was in how to administer a system of VATs without border controls.

Achieving an administratively simple method for running the GST as a provincial tax involves the same problem as the Europeans faced, albeit from a different path. In Canada, we already have a system of interprovincial trade without border controls, and the question is how to place into Canada a system of provincial VATs that might differ in rate and tax base. It had been argued that indeed it could not be done, and the only way we could have the GST at the provincial level, or even as a shared "harmonized" tax with Ottawa, would be with a single national rate and base (Bird 1994; Boadway and Hobson 1993, p. 154, who argue that provinces alone should occupy the sales tax field, resign themselves to the current system of provincial retail sales taxes, on the assumption that a VAT could only exist interprovincially with a single rate and base). Indeed, when negotiations took place on harmonizing sales taxes in the early 1990s, we could speculate that talks broke down when provinces were unwilling to accommodate the federal request for a single national rate and base. But Europe has achieved a method of solving the problem, and it can be applied to Canada.

We begin by noting that the GST is run on the "credit-invoice" method: firms pay GST on their purchases and remit the receipts for a fully refundable credit. Firms collect no GST on foreign exports; in this sense it is a "destination-based" tax, applying to Canadian *consumption* rather than to Canadian *production*. In the end, the entire burden of the 7 percent tax is on Canadian consumers, and indeed that is the whole burden since there are no hidden and carried-forward sales taxes from the production and distribution process, since any GST paid at those levels has also been refunded (we abstract from production by firms so small that they need not register for the GST, since it does not affect the essence of the plan). The incidence of the GST differs from that of non-harmonized provincial retail sales taxes. While much of the retail sales tax is collected from Canadian consumers, there are also non-refundable taxes paid on business inputs. The incidence of the tax on business inputs is complex:

- For goods retailed in Canada where there is competition from imports, the tax on business inputs cannot be shifted forward to consumers, and so is shifted backwards and borne by the less-mobile factors of production, i.e., labour and land rather than capital.

- For goods retailed in Canada where there is a lack of import competition, the tax can be shifted forward to consumers.

- For goods exported abroad, for which there is almost always competition, the tax cannot be shifted forward to foreign consumers, and so is borne by domestic producers, again especially by labour and land. Note that firms do not collect provincial retail sales taxes on exports, even if the exports are only out-of-province.

Since the retail sales taxes are at least partly borne by producers, there can be inefficiencies in the choice of location of production arising from the tax; these are inefficiencies that do not arise with the GST.

Under existing provincial retail sales taxes, no tax is collected on out-of-province exports; like the GST, the retail sales taxes are meant to be destination-based. But the *importer* is expected to pay sales tax in *her* province. Provinces monitor interprovincial shipments with regular exchanges of information, sometimes formal and sometimes informal; the administrative machinery for administering interprovincial trade and sales taxes already exists. Under our proposal, firms shipping interprovincially would continue to collect no sales tax on the sale. The importer would pay no tax on the import, but simply declare the value of the shipment and the tax that ordinarily would be owing along with the claim for credit that the firm would normally file for within-province purchases.

A crucial point is that such a system allows different provinces to levy different rates of VAT, or even, as Alberta might choose to do, no sales tax at all. No tax revenues from this provincial VAT system would need to flow across provincial boundaries, and so there is no need for any sort of central clearing house of payments across Canada. Further, provinces could have a different final tax base. Under the scheme, if Manitoba decided to tax children's clothing but Saskatchewan chose not to, no administrative complications would arise.

The proposed system would be more efficient than Boadway and Hobson's (1993) proposal to simply continue with retail sales taxes. It is simpler than Bird and Mintz's (2000) proposal for harmonizing the provincial sales taxes with a continuing federal GST (their proposal for how to harmonize is very similar to what is proposed here, see p. 280), and further adding a new tax for provinces and municipalities, a "business value tax" that is similar to a VAT except origin-based rather than destination-based, and applying to the income generated by each firm (its "value-added") rather than on the final value of consumption. (Note that Bird and Mintz propose an origin-based tax on the basis that provinces will want to tax business income somehow, especially if, as Bird and Mintz recommend, responsibility for corporate income tax is shifted to Ottawa. The taxation of business income is justified at the provincial and local level on the basis that to some degree a "benefit tax" is required – when the public sector is providing valuable inputs to the production process, the users of those inputs should pay some of the price).

The proposal for shifting the GST to the provinces has the advantage of transferring to provinces one of the most efficient taxes on the menu available, one that would not have the interprovincial competition issues that the corporate tax has or even the personal income tax, especially when provinces attempt to make the income tax relatively progressive. It does not entail the creation of a new tax, and would indeed likely lead to the elimination of an old tax – the retail sales tax. So administrative costs are reasonable. And even though the GST is more a proportional tax than a progressive one, recall our earlier comment that what matters is that the

overall system is progressive, not each and every component. As opposed to new federal taxes that could subsequently be transferred to provinces, the sales tax proposal allows individual provinces more flexibility in choosing the tax mix their residents will face, rather than a uniform federal tax (although note that Zeckhauser [1994] suggests the introduction of a federal VAT in the United States to pay for a proposed Canadian-style health care system). Finally, as opposed to a new hypothecated tax or a new copayment mechanism, our proposal does not presuppose that Canadians need to pay more in taxes – it allows the possibility of increased revenues without insisting upon them.

Conclusion

As Bird and Mintz (2000) note, the exchange of tax fields between the federal and provincial governments requires a lot of cooperation, and efforts to ensure that there are transitional funding arrangements for any province that looks to lose through the transition. It is also critical that equalization continue to be applied in an effective manner. Given the acrimonious debates during the past decade over federal "off-loading" and inadequate federal-provincial transfers, we are not so naïve to think that Ottawa would easily transfer a major revenue source without some kind of trade-off, and that jeopardizes our main goal, which is to get more funds to provincial treasuries. But since it has not been established that the Canadian system of public finance as a whole is underfunded, and indeed with large and growing surpluses predicted at the federal level, we believe that Canadians' interests are best served by a re-allocation of public funds between levels of government, rather than adding new revenue sources. There is simply not a strong enough case to be made for a hypothecated tax or treating a portion of Medicare use as a taxable benefit through the personal income tax.

The implementation of the plan would need strong political leadership at both levels of government: in Ottawa to be willing to give away a significant source of revenue, and in the provinces to work with a tax that had been rejected as an option when first introduced (although rejected in the context of a federal insistence on a national uniform tax rate and base). But, even with this political hurdle, it is surely preferred to the *continuous* debates that come from federal-provincial transfers (Norrie and Wilson 2000; Hobson and St-Hilaire 2000). A transfer of GST also avoids the problem that is often at the root of VFI – the superior ability of the federal government to collect taxes – since interprovincial distortions are minimized with a destination-based consumption tax like the GST.

There do not exist any politically straightforward ways of increasing the funds at the disposal of provincial governments, and so we look to a solution that is at least efficient, administratively reasonable, does not shift the equity in taxation in the combined federal-provincial system, and lowers the potential for future political disputes.

References

Aba, Shay, Wolfe D. Goodman and Jack M. Mintz. 2002. *Funding Public Provision of Private Health: The Case for Copayment Contribution through the Tax System*. Toronto: C. D. Howe Institute.

Barer, Morris L. et al. 1994. *The Remarkable Tenacity of User Charges*. Toronto: The Premier's Council on Health, Well-Being and Social Justice.

Bird, Richard M. 1994. A Comparative Perspective on Federal Finance, in *The Future of Fiscal Federalism*, edited by Keith G. Banting, Douglas M. Brown and Thomas J. Courchene. Kingston: School of Policy Studies, Institute of Intergovernmental Relations, Queen's University, p. 293-322.

Bird, Richard M. and Jack M. Mintz. 2000. Tax Assignment in Canada: A Modest Proposal, in *Toward a New Mission Statement for Canadian Fiscal Federalism*, edited by Harvey Lazar. Montreal & Kingston: McGill-Queen's University Press, p. 263-92.

Boadway, Robin. 2000. Recent Developments in the Economics of Federalism, in *Toward a New Mission Statement for Canadian Fiscal Federalism*, edited by Harvey Lazar. Montreal & Kingston: McGill-Queen's University Press, p. 41-78.

____. 1992. *The Constitutional Division of Powers: An Economic Perspective*. Economic Council of Canada. Ottawa: Supply and Services Canada.

Boadway, Robin and Paul A. R. Hobson. 1993. *Intergovernmental Fiscal Relations in Canada*. Canadian Tax Paper # 96. Toronto: Canadian Tax Foundation.

Boase, Joan Price. 2001. Federalism and the Health Facility Fees Challenge, in *Federalism, Democracy and Health Policy in Canada*, edited by Duane Adams. Montreal & Kingston: McGill-Queen's University Press, p. 179-206.

Cardarelli, Roberto, James Sefton and Laurence J. Kotlikoff. 2000. Generational Accounting in the UK, *Economic Journal* 110, F547-574.

Commission on the Future of Health Care in Canada. 2002. *Shape the Future of Health Care*. Interim Report. Saskatoon: The Commission.

Courchene, Thomas J. 1994. *Social Canada in the Millennium*. Toronto: C. D. Howe Institute.

Culyer, A. J. and Adam Wagstaff. 1993. Equity and Equality in Health and Health Care, *Journal of Health Economics* 12, 431-57.

Evans, Robert G., Morris L. Barer and Greg L. Stoddart. 1994. *Charging Peter to Pay Paul: Accounting for the Financial Effects of User Charges*. Toronto: The Premier's Council on Health, Well-Being and Social Justice.

Evans, Robert G. et al. 1994. *It's Not the Money, It's the Principle: Why User Charges for Some Services and Not Others?* Toronto: The Premier's Council on Health, Well-Being and Social Justice.

Hill, Roderick and Michael Rushton. 1993. Harmonizing Provincial Sales Taxes with the GST: The Problem of Interprovincial Trade, *Canadian Tax Journal* 41(1), 101-22.

Hobson, Paul A. R. and France St-Hilaire. 2000. The Evolution of Federal-Provincial Fiscal Arrangements: Putting Humpty Together Again, in *Toward a New Mission Statement for Canadian Fiscal Federalism*, edited by Harvey Lazar. Montreal & Kingston: McGill-Queen's University Press, p. 159-88.

Hurley, Jeremiah. 2000. An Overview of the Normative Economics of the Health Sector, in *Handbook of Health Economics, Volume 1*, edited by A. J. Culyer and J. P. Newhouse. Amsterdam: Elsevier, p. 56-118.

Ip, Irene K. and Jack M. Mintz. 1992. *Dividing the Spoils: The Federal-Provincial Allocation of Taxing Powers*. Toronto: C. D. Howe Institute.

Jack, William. 1999. *Principles of Health Economics for Developing Countries*. Washington: The World Bank.

Kent, Tom. 2000. *What Should Be Done About Medicare*. Ottawa: Caledon Institute of Social Policy.

Le Grand, Julian. 2000. Should the NHS be Funded by a Hypothecated Tax? *Fabian Review* (Winter), 8.

Marzouk, M. S. 1991. Aging, Age-Specific Health Care Costs and the Future Health Care Burden in Canada, *Canadian Public Policy* 17(4), 490-506.

Mintz, Jack and Michael Smart. 2001. Income Shifting, Investment, and Tax Competition: Theory and Evidence from Provincial Taxation in Canada. Working Paper # 554. Munich: Center for Economic Studies and Ifo Institute for Economic Research (CESifo).

Musgrave, Richard. 1983. Who Should Tax, Where, and What?, in *Tax Assignment in Federal Countries*, edited by Charles E. McLure, Jr. Canberra: ANU Press, p. 2-19.

National Forum on Health. 1996. "Maintaining a National Health Care System: a Question of Principle(s) ... and Money." Available at http://wwwnfh.hc-sc.gc.ca/publicat/maintain/intro.htm (29 April 2002).

Normand, Charles. 1992. Funding Health Care in the United Kingdom, *British Medical Journal* 304, 768-70.

Norrie, Kenneth and L. S. Wilson. 2000. On Re-Balancing Canadian Fiscal Federalism, in *Toward a New Mission Statement for Canadian Fiscal Federalism*, edited by Harvey Lazar. Montreal & Kingston: McGill-Queen's University Press, p. 79-98.

Pereira, Joao. 1993. What Does Equity in Health Mean? *Journal of Social Policy* 22, 19-48.

Ruggeri, G. C. and R. Howard. 2001. On the Concept and Measurement of Vertical Fiscal Imbalances. Public Policy Paper # 6. Regina: Saskatchewan Institute for Public Policy.

Tobin, James. 1970. On Limiting the Domain of Inequality, *Journal of Law and Economics* 13, 263-77.

Wagstaff, Adam and Eddy Van Doorslaer. 2000. Equity in Health Care Finance and Delivery, in *Handbook of Health Economics, Volume 1*, edited by A. J. Culyer and J. P. Newhouse. Amsterdam: Elsevier, p.1804-62.

Zeckhauser, Richard. 1994. Public Finance Principles and National Health Care Reform, *Journal of Economic Perspectives* 8(3), 55-60.

Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada

Commission on the
Future of Health Care
in Canada

ÉTUDE Nº 9

Options pour le financement des soins de santé

par

Melissa Rode

Regina, Saskatchewan

Michael Rushton

Université de Regina

août 2002

N° de catalogue CP32-79/9-2002F-IN

ISBN 0-662-87709-8

Bien que les opinions exprimées dans ces études n'engagent que celles du ou des auteurs, toutes ces études furent soumises à un processus indépendant d'examen par des pairs. La Commission tient à remercier l'Institut des services et de politiques de la santé (ISPS) des Instituts de recherche en santé du Canada pour avoir assuré la surveillance et la bonne marche de ce processus d'examen des études par des pairs. La participation des auteurs, des examinateurs et de l'ISPS à la réalisation de ces études constitue un apport important aux travaux de la Commission et contribuera à l'héritage qu'elle laissera.

Le générique masculin sera utilisé uniquement dans le but d'alléger le texte.

Table des matières

Points saillants	**iv**
Sommaire	**v**
Introduction	**1**
Efficience et équité	**2**
Taxe dédiée pour les soins de santé	**5**
Régimes de participation aux coûts : évaluation de deux propositions	**7**
Relations fédérale-provinciales : fiscalité et transferts	**11**
Proposition pour accroître les recettes fiscales des provinces	**17**
Conclusion	**20**
Bibliographie	**21**

Points saillants

- Cette étude examine différentes solutions pour financer les soins de santé, que ce soit par la création de nouvelles sources de revenu ou la modification des sources existantes.

- La formule de la taxe dédiée, qui a été proposée en Grande-Bretagne comme moyen de financement des soins de santé, est rejetée ici pour diverses raisons : frais d'administration élevés, contraintes imposées à l'élaboration du budget des provinces, et difficulté à long terme de garantir la transparence du processus d'affectation des recettes.

- L'idée d'un régime de participation aux coûts considérant une portion de l'utilisation du système de soins de santé par un particulier comme un avantage imposable aux fins de la déclaration du revenu est aussi rejetée parce qu'elle suppose qu'on peut prévenir la sur-utilisation du système par la tarification des services et qu'elle déroge largement aux valeurs canadiennes en laissant entendre que les particuliers devraient supporter personnellement une certaine proportion des frais médicaux.

- L'accroissement des transferts du gouvernement fédéral aux provinces, soit sous la forme d'un montant forfaitaire ou par la réintroduction de la formule de partage des frais, est une option à ne pas considérer à cause de l'incertitude de ces transferts et aussi parce que cette option, en ce qui regarde le partage des frais en particulier, peut altérer le processus décisionnel des administrations provinciales sans justification claire.

- Il est proposé que le gouvernement fédéral consente une plus grande marge fiscale aux provinces, notamment par la voie de la TPS, qui serait administrée au moyen d'un système hautement efficace et relativement peu coûteux qui a été expérimenté pour la première fois par l'Union européenne.

Sommaire

Dans son *Rapport d'étape*, la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada expose quatre options fondamentales pour garantir la viabilité financière du système de soins de santé du Canada :

- compte tenu du financement insuffisant dont a pâti ces dernières années le système de soins de santé, augmenter les fonds affectés au système actuel par les deux niveaux de gouvernement afin de « rattraper » le manque à gagner;

- chercher de nouvelles sources de revenu pour parer à l'augmentation rapide des coûts des soins de santé, compte tenu du vieillissement de la population, et régler l'offre et la demande des nouvelles technologies de la santé;

- chercher des moyens de recourir au secteur privé pour obtenir de l'assurance ou des services de santé, afin de compléter le système public de santé;

- accroître l'efficacité de la prestation des services dans le système public (p. 27).

Cette étude porte essentiellement sur les deux premières options; nous verrons comment on peut tirer meilleur parti des sources de revenu actuelles plutôt qu'en cherchant de nouvelles sources de revenu.

Notre analyse repose sur les notions économiques classiques d'efficience et d'équité. Selon la notion d'efficience, la solution qui sera choisie pour le financement du système de santé ne doit pas interférer outre mesure avec les rouages du marché. Quant à l'équité, elle se présente sous quatre formes : 1) l'équité verticale, c'est-à-dire que les sources de financement doivent être conçues en fonction de la capacité de payer; 2) l'équité horizontale, c'est-à-dire que l'option retenue doit respecter le principe « à situation égale, traitement égal »; 3) l'équité transgénérationnelle, c'est-à-dire que les systèmes d'imposition, de transferts et de dépenses publiques ne doivent pas être structurés de manière que les membres d'une génération donnée reçoivent beaucoup plus d'avantages qu'ils ne paient d'impôts comparativement aux membres d'une autre génération, à qui échoit le fardeau du financement; 4) le principe du juste retour, plus controversé que les trois autres formes d'équité, et selon lequel les particuliers devraient jusqu'à un certain point contribuer au financement du système en fonction de l'utilisation qu'ils en font.

La taxe dédiée est soit une taxe qui s'ajoute à une autre, soit une taxe indépendante dont les recettes sont destinées officiellement à couvrir les dépenses en soins de santé. Ses partisans soutiennent que la population est beaucoup plus encline à accepter une hausse d'impôt si les recettes générées par cette hausse servent expressément à financer les soins de santé. On note toutefois des points faibles, et nous en venons à la conclusion que le Canada n'a pas besoin d'une taxe dédiée à ce moment-ci, parce qu'elle impliquerait des frais d'administration élevés, imposerait des contraintes aux provinces pour ce qui est de l'élaboration de leur budget et causerait des difficultés à long terme par rapport à l'effort visant à garantir la transparence du processus d'affectation des recettes.

Selon une proposition récente de Tom Kent (2000) au Canada, on peut trouver des fonds additionnels pour financer le régime de soins de santé en considérant l'utilisation du système par les particuliers comme un avantage imposable aux fins de la déclaration du revenu. Les recettes correspondantes seraient encaissées par le fédéral, puis redistribuées aux provinces suivant une formule de partage des coûts pour les soins de santé. Il est permis de se demander si les incitations sur les patients consommateurs, plutôt que celles sur les fournisseurs de services de santé, sont le meilleur moyen de résoudre le problème de la sur-utilisation du système. Il faudra que s'opère un changement important dans les mentalités au Canada pour faire accepter l'idée que les particuliers devraient supporter une partie des coûts de l'utilisation du système de soins de santé. Aba, Goodman et Mintz (2002) abondent dans le même sens que Kent, mais, comme lui, ne réussissent pas à justifier de façon probante, du point de vue éthique, l'idée de la participation de l'utilisateur aux coûts. Enfin, nous relevons un certain nombre de faiblesses dans la proposition de Kent en ce qui concerne le transfert d'argent aux provinces par des ententes de partage des coûts.

Nous en venons à la conclusion que le meilleur moyen de garantir un financement stable des systèmes de santé provinciaux, car c'est là l'objet ultime de la politique de financement du régime de soins de santé, serait le transfert de marge fiscale aux provinces. Comme les provinces, semble-t-il, misent déjà plus qu'il ne le faut sur l'impôt des sociétés, du moins si l'on se fonde sur le principe d'efficience dans un contexte fédératif, et comme on peut difficilement considérer l'impôt sur le revenu des particuliers comme un moyen important de redistribution du revenu si le pouvoir d'imposition est transféré pour une bonne part aux provinces, la taxe de vente représente l'avenue la plus prometteuse pour des changements.

En nous inspirant du modèle décrit initialement dans Hill et Rushton (1993), nous proposons le transfert de la TPS fédérale aux provinces, laquelle taxe serait administrée au moyen d'un système comparable à celui en usage dans l'Union européenne. Contrairement à la croyance générale, le nouveau système ne nécessite pas un taux ou une assiette d'imposition uniformes dans toutes les provinces. Du point de vue administratif, le système reposerait sur les mécanismes interprovinciaux actuels, et s'il devait entraîner, comme cela est possible, la disparition des taxes provinciales de vente au détail, les coûts d'administration des finances publiques canadiennes en seraient considérablement réduits. Le nouveau système est synonyme d'efficience en ce qu'il n'altérerait pas le processus d'affectation des ressources entre les provinces, ni n'encouragerait la concurrence fiscale entre celles-ci. Les provinces pourraient compter sur un financement stable et jouiraient d'une certaine souplesse dans la détermination de la composition des recettes fiscales.

Nous croyons que cette solution est meilleure que celle fondée sur les transferts fédéraux-provinciaux, qu'il faudrait accroître dans les décennies à venir, avec tous les conflits politiques que cela suppose, afin de corriger ce qui s'annonce comme un déséquilibre fiscal vertical croissant.

Introduction

Dans son *Rapport d'étape*, la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada expose quatre options fondamentales pour garantir la viabilité financière du système de soins de santé du Canada :

- compte tenu du financement insuffisant dont a pâti ces dernières années le système de soins de santé, augmenter les fonds affectés au système actuel par les deux niveaux de gouvernement afin de « rattraper » le manque à gagner;

- chercher de nouvelles sources de revenu pour parer à l'augmentation rapide des coûts des soins de santé, compte tenu du vieillissement de la population, et régler l'offre et la demande des nouvelles technologies de la santé;

- chercher des moyens de recourir au secteur privé pour obtenir de l'assurance ou des services de santé, afin de compléter le système public;

- accroître l'efficacité de la prestation des services dans le système public (p. 27).

Notre étude porte essentiellement sur les deux premières options; nous verrons comment on peut tirer meilleur parti des sources de revenu actuelles plutôt qu'en cherchant de nouvelles sources de revenu. Cela n'invalide pas pour autant les deux autres options, qui pourraient même s'avérer meilleures, sauf que nous laissons à d'autres chercheurs le soin d'examiner la question du sous-financement du système et de déterminer s'il est possible de réaliser des gains d'efficacité par une utilisation plus rationnelle des ressources en soins de santé des secteurs public ou privé.

Après avoir examiné les principales notions utilisées dans l'analyse du financement des soins de santé, nous présentons une argumentation en trois parties. Premièrement, nous rejetons l'idée, exprimée récemment par divers commentateurs canadiens, selon laquelle on peut trouver du financement additionnel en mettant à contribution les particuliers selon l'utilisation qu'ils font du système. Nous proposons plutôt d'exploiter le régime fiscal pour accroître les fonds affectés au système. Deuxièmement, nous affirmons qu'il est préférable de laisser aux provinces le soin d'encaisser les recettes additionnelles plutôt que de confier cette responsabilité au gouvernement fédéral, qui transférera ensuite les fonds aux provinces. Troisièmement, nous soutenons que la taxe de vente constitue le champ fiscal par lequel les provinces peuvent réunir le plus efficacement des fonds additionnels; en outre, compte tenu du profond déséquilibre fiscal vertical qui existe entre le fédéral et les provinces, l'État fédéral peut se permettre de subir une diminution de sa marge fiscale. Nous avançons que, contrairement à l'hypothèse la plus fréquente, la TPS pourra être administrée plus facilement par les provinces, et nous décrivons en gros comment pourrait s'opérer le transfert de ce champ fiscal du fédéral aux provinces.

Efficience et équité

L'ouvrage de Normand (1992, p. 768) est un guide utile pour l'examen des sources publiques de financement des soins de santé :

- le coût de la mobilisation des fonds doit être relativement faible;
- le système doit être équitable;
- le financement doit être suffisant et il ne doit pas être soumis à des fluctuations;
- le système ne doit pas entrer en conflit avec d'autres objectifs du gouvernement;
- le système doit satisfaire aux attentes du public;
- le système ne doit pas canaliser des fonds vers des programmes à faible priorité, ni détourner des fonds des programmes hautement prioritaires.

Lorsque nous disons que le coût de la mobilisation des fonds doit être relativement faible, cela doit s'entendre de deux manières.

Premièrement, le système doit être *efficient* au sens économique du terme. Presque toutes les méthodes d'accroissement des recettes publiques imposent un coût à l'économie; l'économie de marché est réputée pour affecter très efficacement les ressources en main-d'œuvre et en capital aux usages les plus productifs. Par ailleurs, les divers impôts prélevés par l'État auront généralement pour effet de modifier le comportement des particuliers et des investisseurs, de sorte que, à la marge, les ressources seront détournées de leur usage le plus productif. Ainsi, la taxation soustrait de l'économie privée plus que ce que reçoit en définitive l'État. On appelle cette différence la perte d'efficacité; un régime fiscal efficace est un régime qui engendre le moins de pertes d'efficacité possible, compte tenu du montant à prélever et des objectifs de l'État en matière d'équité.

Deuxièmement, le coût d'administration de la perception doit lui-même être raisonnable. Ce coût comprend le coût que doit supporter l'État pour administrer la source de recettes et celui que doit supporter le contribuable pour se conformer aux dispositions du régime fiscal. Cet état de choses mine la proposition de ceux qui prônent l'ajout d'une *nouvelle* taxe dans l'éventail déjà large des impôts fédéraux, provinciaux et municipaux, puisque cette proposition aurait pour conséquence d'accroître les coûts d'administration du régime, contrairement à la proposition voulant plutôt que l'on hausse les taux d'impôt, ce qui n'aurait aucun effet sur les coûts d'administration.

L'équité du système soulève de nombreuses questions. Nous devons savoir qu'il existe (au moins) quatre formes d'équité, en retenant que chaque personne n'attribuera pas la même importance aux quatre.

La première forme d'équité est l'équité verticale, c'est-à-dire que le financement des soins de santé dans le secteur public devrait dépendre jusqu'à un certain point de la capacité de payer des individus; autrement dit, le système doit être « progressif ». Bien que cette affirmation ne semble pas contestable, nous nous permettons ici de faire deux remarques. Premièrement, qu'une société possède, au nom de l'équité, un système progressif n'implique pas nécessairement l'existence d'une relation directement proportionnelle entre l'équité et la progressivité. Il faut trouver un équilibre entre le fait de percevoir des recettes en fonction de la capacité de payer de chacun et le fait d'exiger des mieux nantis qu'ils supportent plus que leur part du fardeau fiscal. Deuxièmement, il convient de noter que le simple fait de reconnaître le bien-fondé du caractère progressif du système fiscal et du système de dépenses publiques n'implique pas nécessairement que chaque composante du système doive être progressive. Par exemple, le meilleur système fiscal combinera probablement un régime d'impôt sur le revenu progressif et des taxes de vente au fardeau à peu près proportionnel : le système dans son ensemble est progressif, même si la taxe de vente en tant que telle ne l'est pas.

La deuxième forme d'équité est l'équité horizontale : les personnes qui sont dans des conditions comparables devraient recevoir le même traitement fiscal. Là encore, l'idée selon laquelle la perception des recettes fiscales ne doit pas se faire de façon arbitraire est incontestable; cependant, il convient de noter que dans le régime fédératif canadien, la notion d'équité horizontale s'inscrit à tout le moins dans la logique des transferts de péréquation, qui visent à ce que les habitants de toutes les provinces, quelle que soit l'assiette d'imposition provinciale, jouissent du même niveau de services publics, à taux d'imposition égal.

La troisième forme d'équité est l'équité transgénérationnelle, qui vise à garantir que les membres d'une génération donnée n'aient pas un fardeau fiscal disproportionnellement élevé par rapport aux services qu'ils reçoivent de l'État du fait qu'ils doivent « subventionner » la consommation de biens et services publics des générations précédentes ou des générations suivantes. Supposons, par exemple, que l'État ait enregistré des déficits considérables durant la période de vie active de la génération Z. Supposons en outre qu'à l'âge de la retraite les membres de cette génération aient un fardeau fiscal relativement léger – peut-être parce que le système fiscal est plus axé sur l'impôt sur le revenu que sur les taxes à la consommation – et qu'ils soient de gros consommateurs de biens et services publics par l'intermédiaire du système de soins de santé. La génération qui sera dans sa période de vie active au moment où la génération Z sera à la retraite pourra trouver que le système est plutôt inéquitable étant donné qu'elle doit s'évertuer à financer à la fois les soins de santé que reçoivent les membres de la génération Z et la dette publique léguée par cette même génération. Selon des estimations récentes de Cardarelli, Sefton et Kotlikoff (2000), dans la plupart des pays occidentaux, et plus particulièrement aux États-Unis, la génération des plus de 50 ans tirera un avantage net des systèmes d'imposition, de transferts et de dépenses publiques, qui sont financés par la génération des moins de 50 ans. Selon ces mêmes estimations, le Canada ressort comme le seul pays où, à l'heure actuelle, il existe une véritable équité transgénérationnelle. Cette constatation est réjouissante, parce qu'elle implique que les gouvernements au Canada disposent de toute la souplesse voulue pour envisager des politiques qui pourraient fort bien modifier l'équilibre transgénérationnel, sans craindre de renforcer une situation d'iniquité transgénérationnelle déjà existante.

La quatrième forme d'équité, très controversée dans le domaine des soins de santé, a trait à l'équité lorsque des particuliers sont appelés à contribuer, du moins jusqu'à un *certain* point, au financement du système en fonction de l'utilisation qu'ils en font. Nous verrons plus loin que des Canadiens bien connus défendent cette idée. Tobin (1970) a inventé l'expression *specific egalitarianism* (égalitarisme spécifique) afin de rendre la notion que pour *certains* biens ou services, comme les soins médicaux, l'accessibilité ne devrait pas dépendre du revenu. Le principe de l'égalitarisme spécifique prévoit qu'il est indispensable que tous les individus dans une société aient le même accès à un certain ensemble de biens ou de services pour qu'ils aient les mêmes chances de participer pleinement à la vie de la société. Cet ensemble de biens ou services comprend les libertés civiles et le système juridique, la nourriture et le logement (à tout le moins le minimum nécessaire) et les soins médicaux nécessaires.

Les économistes de la santé se sont penchés longuement sur la question complexe de savoir ce que l'on entend exactement par équité dans le domaine des soins de santé (Culyer et Wagstaff 1993; Hurley 2000; Pereira 1993; et Wagstaff et Van Doorslaer 2000). On peut imaginer divers types d'égalité : égalité d'état de santé, égalité de soins de santé ou égalité d'accès, par exemple. Dans une étude examinant des options pour le financement des soins de santé, la dimension fondamentale est l'égalité d'accès (ce qui ne diminue en rien l'importance générale des autres aspects de l'équité). *Pourquoi* la question de l'égalité d'accès fait-elle l'objet de discussions? Wagstaff et Van Doorslaer (2000, p. 1815) soulignent que la question de l'accès a de l'importance à nos yeux, parce que l'accès est un moyen et non une fin (nous croyons que l'égalité d'accès est particulièrement importante dans le domaine des soins de santé, parce que nous estimons que la santé est un bien hors de l'ordinaire, contrairement aux autres biens de consommation), tandis que Hurley (2000, p. 89) envisage la question sous un autre angle. « Le fondement éthique de l'égalité d'accès ne tire pas son origine d'une quelconque relation nécessaire entre l'accès et son effet ultime sur l'état de santé ou la répartition des soins de santé. Il est plutôt étroitement lié à la notion d'égalité des chances. » [TRADUCTION]

L'imposition d'une petite quote-part pour les services de soins de santé – compte tenu du fait que les personnes à faible revenu en seraient exemptées et qu'un plafond serait fixé en pourcentage du revenu – ne réduirait pas l'accessibilité aux soins de santé pour quiconque. Cela dit, l'idée que l'utilisation des services de santé repose désormais sur une décision purement économique plutôt que sur le seul besoin ressenti va à l'encontre de ce qui est devenu, pour le meilleur ou pour le pire, un jugement de valeur exprimé par de nombreux Canadiens. Nous affirmons plus bas, dans la section traitant la question de la participation aux coûts, que les partisans de la quote-part n'ont pas fourni le type d'argument moral nécessaire pour convaincre le public en général.

Taxe dédiée pour les soins de santé

L'impôt général, l'assurance-sociale, l'assurance privée et les paiements de particuliers sont des moyens courants de financer les soins de santé dans les divers pays de la planète. La taxe dédiée – dont les recettes sont affectées entièrement au financement des soins de santé – est une autre option, rarement utilisée toutefois.

Le concept de la taxe dédiée présente plusieurs avantages. En effet, cette taxe rend le citoyen plus conscient de l'impôt qu'il paie. Une des difficultés du système actuel (imposition générale) est qu'il fait perdre de vue l'objet de la taxation. Le processus d'affectation des recettes publiques aux programmes ou aux champs d'action de l'État est laissé entièrement à la discrétion des autorités gouvernementales, hors du regard du public. Le gouvernement jouit ainsi de toute la latitude voulue dans ses décisions, mais cet état de choses éveille la méfiance et le cynisme chez les contribuables.

L'idée de définir une taxe spécifique, ou une portion de taxe, a l'avantage d'introduire la notion de transparence dans le financement d'un service. Le public accueillera plus favorablement une hausse de taxes si cette hausse est justifiée (Le Grand 2000). Selon une étude réalisée pour le compte de la commission de la fiscalité et de la citoyenneté de la Société fabienne au Royaume-Uni sur les attitudes du public à l'égard de la fiscalité, les gens seront beaucoup moins hostiles à des hausses de taxe ou d'impôt si on leur explique à quoi servira cet argent (et s'ils accordent de la crédibilité à ces explications). Ainsi, seulement 40 pourcent des répondants appuient une hausse de 1 point de l'impôt sur le revenu des particuliers si ces recettes sont destinées au fonds général; cette proportion passe à 80 pourcent si les recettes supplémentaires doivent être affectées au financement du régime national de soins de santé.

Néanmoins, on peut invoquer des arguments contre la taxe dédiée. Les autorités des ministères des Finances ne favorisent pas l'application de cette taxe parce qu'elle réduit leur capacité d'exercer un contrôle sur les dépenses publiques, contrairement à la formule classique du fonds général (Normand 1992). En outre, si c'est une nouvelle taxe, plutôt qu'une taxe qui s'ajouterait à une autre, on doit supposer des coûts de perception et d'administration élevés. Une variante de la formule de la taxe dédiée consiste à affecter toutes les recettes des « saintes taxes », c'est-à-dire des taxes sur le tabac, les alcools et le jeu (y compris les loteries), au financement du système de santé. Cette solution offre peu d'avantages par rapport à l'imposition de ces produits au moyen d'autres taxes. En outre, les recettes des saintes taxes ne pourraient financer qu'une partie des coûts du système de santé. Si l'on veut financer tous les soins de santé au moyen d'une seule taxe ou d'une portion d'une taxe, l'impôt sur le revenu et la taxe de vente sont les seules voies possibles.

Au Canada, on ressent peu le besoin d'une taxe dédiée pour financer les soins de santé. Étant donné que les provinces consacrent environ 40 pourcent de leur budget de fonctionnement aux soins de santé, aucune taxe ne pourrait suffire à elle seule à générer les recettes nécessaires au financement du système. Quant à l'idée d'une taxe dédiée pour financer les dépenses supplémentaires, le lien entre imposition et dépense deviendrait vite nébuleux, à mesure que les autorités gouvernementales apporteraient des corrections aux autres taxes ou aux domaines de dépense. Les coûts d'administration seraient plus élevés du fait que les autorités s'efforceraient

de rendre le lien entre imposition et dépense plus transparent; or, la transparence est ce qui doit justifier en tout premier lieu l'imposition d'une taxe dédiée.

Régimes de participation aux coûts : évaluation de deux propositions

Tom Kent (2000) propose l'application d'un régime de participation aux coûts qui, selon lui et à la différence des frais modérateurs et de la surfacturation, respecte les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* (notons en passant que Courchene [1994, p. 186-187] propose une solution semblable). Bien que la mise en application d'un régime de participation aux coûts soulève des questions quant à la conformité de cette mesure avec les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*, notamment celles relatives à l'accès (mais aussi à la transférabilité), la *Loi* en tant que telle ne nous dit pas quels régimes de participation seraient convenables ou non. Comme nous sommes des économistes qui ne sont pas versés dans l'interprétation des lois fédérales, nous pouvons difficilement dire si Kent a raison d'affirmer que sa proposition est en tout point conforme aux dispositions de la *Loi*, bien que à n'en pas douter cette affirmation repose, du moins en partie, sur le fait que la proposition prévoit que les personnes à faible revenu seront exemptées de la quote-part.

Kent rappelle que les coûts du régime d'assurance-santé, dans son état actuel, sont élevés et qu'ils iront en augmentant selon les perspectives d'avenir; d'un côté les patients ne connaissent généralement pas le coût lié à l'utilisation qu'ils font individuellement du système (bien qu'ils sachent en règle générale ce qu'il en coûte à l'ensemble des contribuables), de l'autre les médecins ont peu de raisons d'être attentifs aux coûts.

> Bref, les idéologues de l'économie de marché ont raison : la tendance à excéder le niveau de besoins raisonnable est inhérente aux systèmes de santé financés par des recettes fiscales. Il faut trouver un moyen de contenir les coûts du régime d'assurance-santé sans trahir le principe de l'universalité d'accès. [TRADUCTION] (Kent 2000, p. 11)

Kent propose que l'État fasse parvenir aux particuliers (ou aux familles) à la fin de chaque année un état des dépenses liées à leur utilisation du système de santé. Cet état ressemblerait au formulaire T4 utilisé aux fins de l'impôt sur le revenu des particuliers. L'utilisation du régime d'assurance-santé – jusqu'à concurrence de 5 à 10 pourcent du revenu, selon la taille de la famille et le niveau de revenu – serait traitée comme un avantage imposable aux fins de la déclaration du revenu au niveau fédéral. Selon les taux d'imposition actuels, la hausse totale de l'impôt sur le revenu ne devrait pas excéder 2,9 pourcent du revenu avant impôt pour tous les particuliers. Comme Kent suggère que les provinces pourraient accepter de participer ou non à cette formule, on ne peut dire si cette hausse marginale de l'impôt fédéral s'ajouterait à l'assiette fiscale des provinces qui continuent d'asseoir leur impôt sur le revenu des particuliers sur le montant d'impôt fédéral payable (de nombreuses provinces délaissent le régime de « l'impôt calculé sur l'impôt », c'est-à-dire le régime utilisé pour calculer l'impôt provincial des particuliers, au profit du régime de « l'assiette d'imposition »). Notons que Kent propose également que l'on augmente les transferts du fédéral aux provinces pour les besoins du régime d'assurance-santé; nous discutons de cet aspect de la question dans la section suivante. Pour l'instant, contentons-nous de souligner que la proposition de percevoir les recettes supplémentaires au niveau fédéral est logique, dans la mesure où il est proposé en second lieu de transférer les fonds aux provinces.

Kent justifie cette façon particulière d'accroître le fardeau fiscal dans les termes suivants :

> Peu de gens ont conscience du coût des services de santé qu'ils reçoivent individuellement, mais tous savent que le régime d'assurance-santé dans son ensemble est coûteux, qu'il est inefficace à certains égards et qu'on en abuse parfois. Ce n'est pas faire injure à la notion générale d'équité d'affirmer que les gens devraient participer directement au financement des services de santé, en proportion de l'utilisation qu'ils en font et de leur capacité de payer. [TRADUCTION] (Kent 2000, p. 12).

Bien que Kent désigne les frais modérateurs et la surfacturation comme des « mécanismes purs », sa proposition suppose en fait des frais modérateurs « progressifs » (ils sont même plus progressifs que l'impôt sur le revenu des particuliers, puisque la proportion de l'utilisation individuelle du système de santé qui est ajoutée au revenu imposable est elle-même calculée en raison directe du revenu).

Exception faite de la question des relations fédérale-provinciales, que nous traitons plus bas, la proposition de Kent soulève des problèmes importants.

Premièrement, Kent remarque lui-même que les médecins ne sont pas toujours soucieux des coûts en tant qu'utilisateurs de fonds publics. Pourtant, sa proposition laisse supposer que c'est le patient, et non le médecin, qui est le moins attentif au coût du régime d'assurance-santé. Nous ne ferons pas ici une revue de la littérature (déjà abondante) sur ce problème crucial de l'économie de la santé qu'est la demande induite par le fournisseur, sauf que nous pouvons nous interroger sur le bien-fondé d'un modèle de pensée qui tend à affirmer que l'on peut rationaliser l'utilisation du système en faisant supporter au patient seul une proportion des coûts (voir Barer et coll. 1994; Evans, Barer et Stoddart 1994; et Evans et coll. 1994).

Deuxièmement, il est permis de s'interroger sur ce que l'on entend par équité dans le contexte du financement des soins de santé. Kent affirme que ce n'est pas faire injure à la notion d'équité de dire que les gens devraient participer au financement des services de santé en proportion de l'utilisation qu'ils en font et de leur capacité de payer. Dans le système actuel, financé par des recettes fiscales, les soins sont déjà financés selon la capacité de payer des contribuables; ce qu'il y a de nouveau avec la proposition des « avantages imposables », c'est que les gens paieraient en fonction de leur consommation des services de santé. On pourrait *fort bien* arguer que Kent a raison : l'équité impose que, à revenu égal, les gros utilisateurs du système public de santé déboursent plus que les autres. Dans son rapport d'étape, la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada note que parmi les différentes opinions exprimées sur les moyens de garantir la viabilité du régime d'assurance-santé, au moins une des quatre grandes perspectives autour desquelles oscillaient ces opinions avait trait au partage des coûts et des responsabilités, c'est-à-dire que les citoyens devraient assumer une plus grande part de responsabilité directe pour le coût des soins de santé (Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada 2002, p. 11). Or, l'affirmation de Kent selon laquelle ce n'est pas faire injure à la notion générale d'équité d'affirmer que les gens devraient participer directement au financement des services de santé n'est vraie que pour une partie de la population canadienne, et il faudra pousser plus loin l'analyse avant de prendre en compte cette idée dans un projet de réforme du système de santé.

Néanmoins, il convient de souligner que l'étude de Kent témoigne d'un effort appréciable pour solutionner les problèmes politiques et économiques que rencontreront les réformateurs du régime d'assurance-santé; en outre, bon nombre des propositions visant à améliorer la coopération entre les autorités fédérales et provinciales et à faire profiter plus efficacement le régime de soins de santé du Canada des progrès extraordinaires accomplis dans le domaine des technologies de l'information, méritent sûrement une attention particulière; cependant, là n'est pas l'objet de notre étude.

Aba, Goodman et Mintz (2002) (AGM) proposent un régime de participation aux coûts assez semblable à celui de Kent, mais qui s'en distingue principalement par le fait que la perception des recettes additionnelles relèverait de la compétence des provinces plutôt que du fédéral et la quote-part équivaudrait à 40 pourcent du coût des services, sans excéder 3 pourcent du revenu annuel supérieur au seuil de 10 000 $. Selon les estimations d'AGM, 62 pourcent des familles paieraient la quote-part maximale. Non seulement le régime serait mieux financé (environ 6,6 milliards de dollars de plus, selon les données de l'an 2000), mais aussi on pourrait économiser environ 6,3 milliards de dollars annuellement grâce à une utilisation plus rationnelle du système, rendue possible par l'application d'une quote-part (en supposant une réduction de l'utilisation de 17 pourcent pour les personnes qui ne sont pas au maximum de l'échelle [3 pourcent du revenu]; par ailleurs, il n'existe pas d'effet dissuasif pour les personnes qui ont déjà atteint le maximum, puisque dans leur cas le coût marginal est le même que dans le régime actuel, c'est-à-dire nul).

Malgré les coûts administratifs supplémentaires qu'impliquerait ce nouveau mécanisme, AGM y voient un aspect positif important : comptabiliser l'usage que font les particuliers des diverses composantes du régime d'assurance-santé peut accroître la responsabilisation.

À l'instar de Kent, AGM *affirment* le caractère équitable d'un régime de participation aux coûts sans vraiment donner une explication détaillée. « Il y a plus d'équité parce que les personnes qui consomment des services publics en supportent le coût dans une plus forte proportion » (p. 2) [TRADUCTION]; ou encore, « lorsque des personnes de condition économique semblable consomment les services publics à des rythmes différents, l'équité sera plus grande si la quote-part est en relation directe avec le coût de ces services. L'équité sera davantage accrue si les personnes qui assument des risques plus grands pour la santé – ce qui implique des dépenses en soins de santé plus grandes – financent dans une plus forte proportion le coût du régime » (p. 5) [TRADUCTION].

Dans Evans et coll. (1994), on peut lire le commentaire suivant :

> Si un service est inconstestablement de nature médicale, que sa prestation est efficace, qu'il est jugé nécessaire par la collectivité et qu'il ne peut être offert d'aucune autre manière moins coûteuse, pourquoi voudrait-on imposer des frais modérateurs? À ce stade-ci, un des arguments classiques contre les frais modérateurs, à savoir qu'ils représentent une taxe sur la maladie, semble entièrement justifié. Les frais modérateurs sont peut-être très efficaces pour accroître les recettes publiques, mais pourquoi devrait-on considérer l'expérience de la maladie, et la consommation de soins efficaces,

> comme un indicateur de la capacité d'imposition ou de la capacité de payer? Cette question demeure encore sans réponse. [TRADUCTION] (p. 27)

Les propositions de Kent et de AGM prévoient que les personnes situées au bas de l'échelle des revenus seront exemptées de frais additionnels. Toutefois, aucune de ces propositions ne justifie le caractère « équitable » de la participation aux coûts, de sorte qu'il n'y a pas de raison suffisante pour tourner le dos aux méthodes actuelles de financement des services de santé, qui reposent sur l'imposition générale. Dans le reste de cette étude, nous porterons notre attention sur l'accroissement des recettes fiscales. Dans la section qui suit, nous voyons si les recettes additionnelles doivent être perçues par le fédéral ou les provinces.

Relations fédérale-provinciales : fiscalité et transferts

Les provinces ont la responsabilité de rémunérer les fournisseurs de soins de santé dans le cadre du régime d'assurance-santé. Par conséquent, toute solution visant à accroître le financement des soins de santé devra à terme procurer des fonds aux Trésors provinciaux. Il existe trois grandes façons d'accroître les recettes des provinces :

- augmentation des transferts en bloc du gouvernement fédéral;
- augmentation des transferts du gouvernement fédéral selon une formule de partage des frais;
- accroissement de la capacité des provinces de générer des recettes autonomes.

Nous examinons tour à tour chacune de ces méthodes.

Les transferts en bloc du gouvernement fédéral aux provinces, qui n'ont aucun rapport avec le niveau de financement des provinces, se justifient essentiellement par deux choses. La première est la péréquation, qui elle-même comporte deux justifications : équité et efficience. L'équité, principe auquel semblent se rallier tous les Canadiens, prévoit que toutes les provinces sont en mesure de fournir à leur population des services relativement comparables moyennant un niveau d'imposition relativement comparable. De fait, c'est ainsi qu'est justifié le régime de péréquation dans la Constitution du Canada.

L'efficience est moins connue comme justification de la péréquation. L'économie canadienne sera la plus productive si la répartition de la main-d'œuvre entre les régions et les catégories d'emploi est de telle sorte que chaque travailleur se trouve à l'endroit où son produit marginal est le plus élevé. En règle générale, les marchés de l'emploi concurrentiels opèrent assez bien cette répartition, puisque, à l'équilibre les salaires tendront à égaler le produit marginal à chaque lieu d'emploi. La valeur du produit marginal des travailleurs varie en même temps que les technologies et que les prix mondiaux. Si le prix de la main-d'œuvre augmente, en raison peut-être d'une hausse de la demande pour un service particulier, les salaires augmenteront dans ce secteur et des travailleurs choisiront de passer du secteur à faible productivité au secteur à forte productivité, par suite de la hausse des salaires. On atteint finalement l'équilibre par l'opération de la loi des rendements décroissants, étant donné que les salaires tendent à s'égaliser entre les secteurs pour n'importe quel niveau de compétence donné. Toutefois, les choses se compliquent lorsque les provinces ont des assiettes d'imposition par tête très différentes, puisque la main-d'œuvre se répartit géographiquement en fonction du revenu *total* qu'elle peut recevoir dans une province; le revenu total se compose des salaires mais aussi du « solde fiscal », c'est-à-dire de la différence entre les bénéfices que le contribuable retire des services publics et les impôts qu'il devra payer. Dans ces circonstances, la répartition de la main-d'œuvre ne s'opère pas uniquement en fonction du critère de productivité, et le revenu national s'en trouve diminué. Par exemple, si des personnes déménagent en Alberta pour profiter des avantages qui découlent du contexte fiscal unique à cette province (c'est-à-dire niveau élevé des recettes de l'exploitation des ressources naturelles pour le financement des services publics et impôt des particuliers très bas), et non parce que les salaires viennent d'augmenter dans la province, on dit qu'il y a une mauvaise répartition de la main-d'œuvre canadienne. Un régime de péréquation comme celui du Canada sert normalement à limiter la migration vers les provinces mieux nanties fiscalement en égalisant d'une certaine manière les soldes fiscaux des différentes

provinces (voir Boadway [2000] ou Boadway et Hobson [1993] pour la justification du principe d'efficience en péréquation). Il convient de noter que l'argument de l'efficience en péréquation n'est pas admis universellement – d'aucuns peuvent mettre en doute l'efficience de la politique qui consiste à verser de généreux paiements de péréquation aux provinces du Canada Atlantique sous prétexte de vouloir limiter la migration de sortie. Notons par ailleurs que les États-Unis n'ont pas de régime de péréquation (quoique certains des transferts entre le gouvernement fédéral et les États jouent en quelque sorte un rôle de péréquation) (voir Courchene [1994, p. 107-108] pour une critique de l'argument de l'efficience en péréquation).

Puisque la péréquation a pour objet d'égaliser les soldes fiscaux, il est logique que la formule de péréquation tienne compte de la différence entre l'assiette d'imposition d'une province donnée et la moyenne des assiettes fiscales de cinq provinces définies au préalable, qui sert de norme. Il est également normal que les paiements de péréquation soient un montant forfaitaire que les provinces dépenseront de la manière qu'elles jugeront appropriée et qu'ils ne dépendent pas du niveau des dépenses provinciales.

L'autre justification des transferts en bloc du gouvernement fédéral aux provinces est le « déséquilibre fiscal vertical » (DFV). Ce déséquilibre survient lorsque le gouvernement fédéral a une capacité d'imposition supérieure à celle qu'il lui faut pour financer les programmes de dépenses qui relèvent de sa compétence, alors que les provinces sont dans la situation inverse, c'est-à-dire qu'elles n'ont pas la capacité d'imposition voulue pour financer les programmes dont elles ont la responsabilité. Le différend qui oppose le fédéral et les provinces sur la question du financement des soins de santé porte principalement sur ce déséquilibre : les coûts du système de santé augmentent plus rapidement que les autres dépenses publiques et les provinces sont limitées dans leur capacité d'accroître les recettes publiques. Le TCSPS (Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux) est le principal transfert destiné à corriger le déséquilibre fiscal vertical; le même montant par habitant est versé à toutes les provinces. Comme le soulignent Hobson et St-Hilaire (2000, p. 160), le TCSPS n'est *rien de plus* qu'une méthode de transfert de recettes; ce n'est pas un instrument de politique sociale.

Comment cerner le problème du DFV? Ruggeri et Howard (2001) examinent ce problème en comparant l'évolution future des recettes et des dépenses du fédéral et des provinces, compte tenu de la croissance structurelle qu'engendreraient les systèmes d'imposition et de transferts fédéraux-provinciaux actuels. Les auteurs concluent que selon les ententes actuelles, l'excédent budgétaire du gouvernement fédéral augmentera régulièrement, tandis que les provinces enregistreront, de façon générale, des excédents modestes et assez précaires dans les 20 prochaines années; autrement dit, le DFV va s'aggraver si aucun changement de fond n'est accompli. Le facteur d'aggravation le plus notable est le taux d'accroissement annuel des coûts liés aux soins de santé, qui est estimé à 4,8 pourcent, tandis que les recettes autonomes des provinces croîtront à un taux annuel de 3,8 pourcent seulement (comparativement à 4,3 pourcent pour le fédéral).

Norrie et Wilson (2000) s'accordent à reconnaître que le DFV s'accroîtra vraisemblablement dans les conditions actuelles. Dans leur comparaison des méthodes visant à corriger le problème – augmentation des paiements de transfert du gouvernement fédéral ou accroissement de la capacité d'imposition des provinces – ces auteurs notent que l'un des avantages de la première

option est que le coût marginal de la perception des recettes fiscales est probablement moins élevé au niveau fédéral qu'au niveau provincial. En revanche, le principal inconvénient est que les provinces ne sont pas sûres de la stabilité de ce financement. L'expérience des dernières décennies indique que les provinces hésiteront toujours à dépendre encore davantage des transferts fédéraux, qui peuvent être réduits, parfois de façon très arbitraire, dès que le gouvernement fédéral se trouve dans une situation financière difficile (voir aussi Hobson et St-Hilaire 2000, p. 182-183).

Un autre inconvénient de la première option (transferts) est que si les coûts liés aux soins de santé doivent continuer de s'accroître plus rapidement que les autres dépenses publiques ou que les recettes fiscales (étant donné les taux d'imposition actuels), le montant des transferts devra être rajusté continuellement. Dans ces circonstances, comme le montre l'expérience des dernières années, il existe une certaine confusion dans l'esprit du public quant à la responsabilité à imputer aux deux niveaux de gouvernement en ce qui a trait aux décisions en matière d'imposition et de financement des soins de santé. Dans l'état actuel des choses, la responsabilisation des gouvernements en matière de financement du système de santé public laisse peut-être à désirer.

Or, il existe un moyen de faire en sorte que les transferts progressent au même rythme, ou du moins presque au même rythme, que les coûts du système de santé et c'est par une formule de partage des frais au titre du régime d'assurance-santé. Toutefois, le partage des frais soulève lui aussi des questions majeures.

Kent (2000) propose que le produit des quotes-part dont il a été question plus haut (celles greffées à l'impôt sur le revenu) soit redistribué aux provinces selon un régime de partage des frais qui prévoirait au départ un versement équivalant à 20 pourcent des dépenses admissibles, cette proportion pouvant atteindre 25 pourcent éventuellement, à mesure que seront institués des programmes coopératifs fédéraux-provinciaux. Kent fournit deux justifications pour le partage des frais. Premièrement, « le partage des frais est justifié normalement par le fait que sans cette formule, Terre-Neuve, par exemple, aurait des moyens beaucoup plus limités que l'Alberta » [TRADUCTION] (p. 3). Or, cet argument sert à justifier la péréquation, non le partage des frais. Deuxièmement, la *Loi canadienne sur la santé* donne mandat aux provinces d'administrer des programmes très onéreux; selon Kent, « [le] régime d'assurance-santé, en tant que service à accès universel, n'aurait pu exister sans le partenariat fédéral-provincial. Sa survie passe obligatoirement par ce partenariat, où l'affirmation de principes communs est supportée par le partage des frais » [TRADUCTION] (p. 3). Là encore, cet argument sert à justifier que les provinces aient les recettes suffisantes pour financer le système public de santé administré par le fédéral; on peut garantir ce niveau de recettes soit par le transfert d'un montant forfaitaire ou l'accroissement de la capacité des provinces de générer des recettes autonomes (péréquation). Par ces propos, Kent veut peut-être laisser entendre que le gouvernement fédéral se servirait de sa contribution financière pour assurer l'application de la *Loi canadienne sur la santé*, en menaçant de retenir les sommes destinées aux provinces. C'est l'avis des représentants du Forum national sur la santé (1996), qui émettent l'hypothèse que dans la mesure où le gouvernement fédéral recourra à ses pouvoirs de « persuasion morale » pour convaincre les provinces de soutenir les principes qui sous-tendent actuellement le régime d'assurance-santé, sans pouvoir financier ou réglementaire, il n'y a aucune raison de croire que cette stratégie serait efficace.

Le TCSPS est le point culminant d'un long processus de retrait du gouvernement fédéral des programmes à frais partagés pour les soins de santé, l'assistance sociale et l'enseignement postsecondaire. Le partage des frais trouvait sa justification à l'époque dans le fait que le gouvernement fédéral voulait *inciter* les provinces à offrir plus de services dans les domaines précités qu'elles ne l'auraient fait normalement grâce au transfert d'un montant forfaitaire de valeur équivalente. Autrement dit, on cherchait à produire ce que les économistes appellent un « effet de substitution » – un changement dans les prix relatifs des biens en vue d'encourager une activité particulière, en l'occurrence certains programmes gouvernementaux – ainsi qu'un « effet de revenu » – effet du transfert d'un montant forfaitaire sur le processus de décision budgétaire des provinces, sans variation des coûts relatifs des programmes. Cependant, il convient ici de se demander pourquoi, dans la conjoncture de 2002, voudrait-on inciter les provinces à affecter une plus grande part de leur budget aux soins de santé – au détriment d'autres programmes – qu'elles ne le feraient en l'absence d'un programme à frais partagés. Normalement, le partage des frais est justifié, selon les économistes, lorsque les dépenses d'un programme en particulier donnent lieu à une externalité interprovinciale significative. Or, rien n'indique qu'il existe une telle externalité dans le domaine des soins de santé, du moins pas au point de devoir subventionner les dépenses provinciales dans une proportion de 25 pourcent.

Les programmes à frais partagés soulèvent d'autres difficultés. Premièrement, il faut décider si ce sont des programmes à formule limitative ou non limitative. L'expérience des programmes à formule non limitative montre que le gouvernement fédéral était irrité par le fait de devoir financer des programmes dont il ne contrôlait aucunement les dépenses. En ce qui concerne les programmes à formule limitative, si au départ l'effet de substitution servait à justifier le partage des frais, il s'évanouit lorsque les provinces se rendent compte qu'elles assument 100 pourcent des dépenses à la marge. Deuxièmement, le partage des frais peut entraîner une répartition inefficace des ressources entre divers champs d'action, si les provinces consacrent proportionnellement trop de ressources aux programmes visés par la formule de partage des frais, par rapport aux autres programmes qui peuvent contribuer tout aussi efficacement à la réalisation des objectifs généraux. Par exemple, les fonctionnaires des ministères provinciaux des Affaires sociales disent qu'ils sont maintenant beaucoup plus enclins à exécuter des programmes variés dans le domaine des services sociaux – programmes intégrant la formation, l'emploi et les suppléments de revenu – d'une manière différente de celle qui était en usage à l'époque du Régime d'assistance publique du Canada, qui prévoyait une formule de partage des frais 50-50 pour un nombre limité de programmes de bien-être. Étant donné le très large éventail de moyens d'action dont disposent les autorités publiques pour accroître le niveau de santé de la population, il ne doit pas exister d'incitations qui orienteraient faussement les gouvernements vers des solutions sous le seul prétexte que celles-ci s'inscrivent dans le cadre d'une entente à frais partagés.

La troisième façon d'accroître les recettes des provinces en vue de financer plus généreusement le système de santé est d'accroître la capacité des provinces de générer des recettes autonomes. Afin que l'objectif d'équité horizontale nationale soit véritablement respecté, il est essentiel d'inclure toute nouvelle source de recettes dans le modèle de péréquation.

Le problème de fond que soulève l'accroissement de la capacité des provinces à générer des recettes autonomes est que le Canada possède une structure fiscale peu commune pour une fédération, tous les grands champs d'imposition étant occupés à la fois par Ottawa et les provinces. Les économistes ont souvent commenté cet état de choses et malgré certaines différences d'opinion sur des points de détail, ils semblent s'entendre pour dire que 1) l'impôt des sociétés n'est pas un instrument efficace pour générer des recettes autonomes du point de vue des provinces et il vaudrait probablement mieux laisser ce domaine fiscal au gouvernement fédéral, 2) la taxe de vente est administrée beaucoup plus efficacement par les provinces, et la présence du fédéral dans ce champ d'imposition n'est pas indispensable, 3) l'impôt des particuliers est une source de recettes d'une telle importance pour les deux niveaux de gouvernement qu'il serait logique que ceux-ci continuent de se partager ce domaine d'imposition.

Dans un ouvrage souvent cité portant sur la question, Richard Musgrave (1983) examine quelles autorités, dans un régime fédéral, doivent exercer le pouvoir de taxation, que doivent-elles taxer et dans quel domaine. Selon la théorie classique des finances publiques en régime fédéral, les impôts qui visent à redistribuer le revenu d'une manière significative (impôt progressif) et ceux qui s'appliquent à des assiettes très mobiles au niveau infranational doivent être prélevés par l'administration fédérale. De leur côté, les provinces sont plus aptes à prélever l'impôt sur des bases moins mobiles et elles sont limitées dans leur capacité de redistribuer le revenu. Par conséquent, il ne faut pas s'étonner que les observateurs estiment que l'impôt des sociétés est prélevé le plus efficacement par l'administration fédérale, étant donné que l'assiette fiscale correspondante est très mobile entre les provinces. Bien que dans le cas des sociétés qui exercent leur activité dans plus d'une province on détermine l'assiette d'imposition en calculant la moyenne des rapports entre la somme de la masse salariale et des ventes totales de chaque province et le total national, dans une étude empirique récente qui confirme les résultats d'études antérieures faites par d'autres auteurs, Mintz et Smart (2001) observent des variations importantes de l'impôt des sociétés dans tout le Canada par suite de la variation des taux d'imposition provinciaux.

Si la perception de l'impôt des sociétés pose un problème au niveau provincial, et même au niveau international en raison de la mobilité accrue du capital, les provinces peuvent se tourner vers l'impôt des particuliers ou la taxe de vente.

Or, comme ces deux domaines d'imposition sont occupés assez largement par l'État fédéral, outre les provinces, celles-ci ne pourront hausser les taux d'imposition dans l'un ou l'autre domaine que si Ottawa est disposé à libérer de l'espace fiscal. On peut certainement aborder cette question sous l'angle des recettes, étant donné le déséquilibre fiscal vertical croissant en faveur d'Ottawa qui risque de perdurer dans les prochaines décennies. Nous reconnaissons toutefois que le fait de convaincre le gouvernement fédéral de céder une source de recettes importante peut soulever des problèmes politiques majeurs.

Nous recommandons qu'Ottawa cède une partie de la marge fiscale en taxe de vente aux provinces; en clair, la TPS deviendrait une taxe provinciale. Dans la section suivante, nous montrons comment on pourrait administrer la TPS au niveau provincial; cette méthode revient à appliquer le régime de « détaxation » du Québec à l'échelle du Canada. Nous croyons qu'il est

justifié d'élargir le domaine fiscal de la taxe de vente au niveau provincial, parce que c'est la manière la plus efficace de générer des recettes pour les Trésors provinciaux. En outre, la TPS s'avérera encore plus efficace que les taxes de vente provinciales actuelles. Nous allons montrer aussi que notre proposition n'entraînera pas des frais d'administration élevés.

Cette proposition n'a rien de radical. La Commission Rowell-Sirois et la Commission Carter avaient déjà recommandé de céder le domaine de la taxe de vente aux provinces; en outre, Boadway et Hobson (1993, p. 154), ainsi que Ip et Mintz (1992), appuient cette proposition, sauf en ce qui concerne certains détails. Toutefois, étant donné que l'on s'interroge sérieusement sur l'applicabilité de cette mesure du point de vue administratif (Bird 1994), il est important d'en exposer clairement toutes les modalités.

Proposition pour accroître les recettes fiscales des provinces

Notre proposition de transférer la TPS aux provinces a été formulée pour la première fois dans Hill et Rushton (1993), et elle s'inspire de l'expérience récente de l'Union européenne (UE) relativement à la taxe sur la valeur ajoutée (TVA), qui se compare à la TPS. Le lecteur pourra consulter l'ouvrage précité pour une description détaillée de la question; dans cet article nous exposons à grands traits le régime proposé et certaines de ses répercussions.

Les Européens étaient aux prises avec le problème suivant. Chaque pays membre de l'UE administrait une TVA. Les taux d'imposition, de même que les assiettes fiscales, variaient d'un pays à l'autre; par exemple, les produits alimentaires de base étaient imposables dans certains pays et non dans d'autres. C'est dans ce contexte qu'est née l'idée de mettre fin aux contrôles frontaliers des biens et services au sein de l'Union européenne. Le problème des Européens se posait dans les termes suivants : comment administrer un régime sur la valeur ajoutée sans contrôles frontaliers.

Au Canada, le problème se pose de façon similaire, mais dans une autre perspective : comment mettre au point une méthode simple sur le plan administratif pour gérer la TPS comme une taxe provinciale. Le Canada possède déjà un système de commerce interprovincial sans contrôles frontaliers, et la question est de savoir comment établir au pays des régimes provinciaux sur la valeur ajoutée qui n'ont pas les mêmes taux ni les mêmes assiettes d'imposition. On a soutenu en fait que cela n'était pas faisable et que la seule manière de mettre en œuvre le régime de la TPS au niveau provincial ou même d'appliquer une taxe partagée avec Ottawa (taxe « harmonisée ») était de reconnaître le principe d'un taux d'imposition et d'une assiette fiscale uniques dans tout le pays (Bird 1994; Boadway et Hobson 1993, p. 154; en faisant valoir que les provinces devraient occuper seules le domaine de la taxe de vente, ces derniers se résignent à accepter le régime actuel de la taxe de vente provinciale, dans l'hypothèse qu'une TVA ne peut être appliquée dans les provinces qu'avec un taux et une assiette d'imposition uniques). De fait, on peut penser que l'échec des négociations sur l'harmonisation des taxes de vente au début des années 90 a été causé par le refus des provinces de satisfaire la demande des autorités fédérales, qui souhaitaient un taux et une assiette d'imposition uniques à l'échelle nationale. Cependant, l'Europe a trouvé un moyen de résoudre la difficulté et cette solution peut être appliquée au Canada.

Notons tout d'abord que la TPS est administrée selon la méthode du « crédit d'impôt fondé sur les factures » : d'une part les entreprises paient la TPS sur leurs achats, et d'autre part elles remettent le produit de la taxe qu'elles perçoivent contre un crédit entièrement remboursable. Les entreprises ne perçoivent pas la TPS sur leurs exportations à l'étranger; en ce sens, la TPS est une « taxe à l'utilisation », c'est-à-dire qu'elle est supportée par les *consommateurs* et non les *producteurs*. En définitive, ce sont les consommateurs canadiens qui supportent tout le fardeau de la taxe de 7 pourcent, et de fait cette taxe représente le fardeau tout entier, puisqu'il n'existe pas d'autre taxe de vente, déguisée ou reportée, qui découle de la production ou de la distribution, la TPS payée à ces étapes ayant elle aussi été remboursée (nous ne tenons pas compte de la production des entreprises qui sont si petites qu'elles n'ont pas besoin de

s'enregistrer aux fins de la TPS; cette omission n'influe pas sur le régime en général). L'incidence de la TPS diffère de celle des taxes de vente provinciales non harmonisées. Si la majeure partie des taxes de vente au détail sont supportées par les consommateurs canadiens, il existe aussi des taxes non remboursables applicables aux intrants d'entreprises. L'incidence de la taxe sur les intrants d'entreprises est complexe :

- En ce qui concerne les biens vendus au Canada qui doivent subir la concurrence des importations, la taxe sur les intrants d'entreprises ne peut être répercutée sur le consommateur; elle est donc répercutée en amont, et supportée par les facteurs de production moins mobiles, c'est-à-dire la main-d'œuvre et la terre au lieu du capital.

- En ce qui concerne les biens vendus au Canada qui ne subissent pas la concurrence des importations, la taxe peut être répercutée sur le consommateur.

- En ce qui concerne les biens exportés à l'étranger, qui sont presque toujours soumis à la concurrence, la taxe ne peut être répercutée sur le consommateur étranger; elle est donc supportée par les producteurs canadiens, et plus précisément par la main-d'œuvre et la terre. Notons que les entreprises ne perçoivent pas la taxe de vente provinciale sur les exportations, même si ces exportations sont destinées à une autre province du Canada.

Comme les producteurs supportent au moins partiellement les taxes de vente au détail, cette incidence peut introduire un élément d'inefficacité dans le choix du lieu de production; cela ne risque pas de se produire avec la TPS.

Selon les régimes de TVP actuels, aucune taxe n'est perçue sur les exportations d'une province à l'autre; à l'instar de la TPS, les taxes de vente au détail sont par définition des taxes à l'utilisation. Toutefois, l'*importateur* est tenu de payer la taxe de vente dans *sa* province. Les provinces supervisent le commerce interprovincial par des échanges réguliers d'information, tantôt formels tantôt informels; l'appareil administratif chargé de gérer le commerce interprovincial et la taxe de vente existe déjà. Selon notre proposition, les entreprises canadiennes qui exportent vers d'autres provinces ne percevraient pas la taxe de vente, comme avant. Les importateurs ne paieraient pas de taxe sur les biens importés; ils ne feraient que déclarer la valeur de la livraison et de la taxe normalement exigible, en y joignant le formulaire de demande de crédit que remplissent ordinairement les entreprises pour les achats intra-provinciaux.

L'avantage d'un tel régime est qu'il permet aux provinces d'appliquer des taux de TVA différents ou même, comme dans le cas de l'Alberta, de ne pas prélever de taxe de vente. Il n'y aurait pas de transfert de recettes fiscales (recettes tirées de ce régime) entre les provinces et, donc, il ne serait pas nécessaire de créer un centre d'échanges de paiements au pays. De plus, les provinces pourraient avoir des assiettes d'imposition différentes. Selon ce régime, si le Manitoba décidait de taxer les vêtements pour enfants et que la Saskatchewan décidait du contraire, cela ne créerait pas de complications administratives.

Le régime proposé serait plus efficient que la solution avancée par Boadway et Hobson (1993), qui consiste à maintenir les taxes de vente au détail telles qu'on les connaît actuellement.

Il est plus simple que la solution proposée par Bird et Mintz (2000), qui consiste à harmoniser les taxes de vente provinciales avec la TPS fédérale actuelle (la méthode d'harmonisation proposée se rapproche sensiblement de celle décrite ici; voir à la page 280) et à instituer une nouvelle taxe à l'usage des provinces et des municipalités, à savoir une « taxe sur la valeur de l'entreprise », comparable à une TVA, sauf qu'il s'agirait d'une taxe à la production et non d'une taxe à l'utilisation et qu'elle s'appliquerait au revenu généré par l'entreprise (sa « valeur ajoutée ») plutôt qu'à la valeur finale de la consommation. (Notons que Bird et Mintz proposent une taxe à la production en supposant que les provinces chercheront une manière de taxer le revenu d'entreprise, surtout si – comme le recommandent ces auteurs – le champ de l'impôt des sociétés est confié entièrement à Ottawa. L'imposition du revenu d'entreprise au niveau provincial ou municipal se justifie dans la mesure où la perception d'une « taxe-service » est jugée nécessaire jusqu'à un certain point – lorsque le secteur public fournit des intrants de valeur pour la production, les utilisateurs de ces intrants devraient en supporter partiellement le coût).

La proposition de transférer la responsabilité de la TPS aux provinces a l'avantage de porter sur l'une des taxes les plus efficaces qui soient, une taxe qui, contrairement à l'impôt des sociétés ou même à l'impôt des particuliers, fait abstraction de la concurrence entre les provinces, à plus forte raison lorsque les provinces essaient de donner un caractère plus progressif à l'impôt sur le revenu. La proposition ne nécessite pas la mise en place d'une nouvelle taxe, et même elle entraînera peut-être la suppression d'une vieille taxe, la taxe de vente au détail. Les frais d'administration seraient donc raisonnables. Et même si la TPS est plus un impôt proportionnel qu'un impôt progressif, rappelons-nous que ce qui importe – comme nous l'avons dit plus tôt – c'est que le système dans son ensemble soit progressif, et non chacune des composantes. Contrairement aux nouvelles taxes fédérales qui pourraient être transférées éventuellement aux provinces, la formule proposée laisse plus de liberté aux provinces dans la détermination de la composition de leurs recettes fiscales; les provinces ne sont pas aux prises avec une taxe fédérale uniforme (notons toutefois que Zeckhauser [1994] propose l'adoption d'une TVA fédérale aux États-Unis en vue de financer un système de santé qui s'inspirerait du système canadien). Enfin, contrairement à la solution de la taxe dédiée ou à celle de la participation aux coûts, notre proposition ne présuppose pas que les Canadiens doivent supporter un plus gros fardeau fiscal; elle n'exclut pas la possibilité d'accroître les recettes fiscales, mais elle n'insiste pas sur ce point.

Conclusion

Comme le soulignent Bird et Mintz (2000), le transfert de champs d'imposition entre le fédéral et les provinces nécessite beaucoup de coopération et d'efforts pour faire en sorte que les provinces qui semblent lésées à prime abord puissent compter sur des dispositions de financement transitoires. En outre, il est essentiel que l'on continue d'appliquer le régime de péréquation d'une manière efficace. Compte tenu des débats acrimonieux qui ont eu lieu dans la dernière décennie au sujet du « délestage » fédéral et de l'insuffisance des transferts entre le fédéral et les provinces, nous ne sommes pas naïfs au point de penser qu'Ottawa accepterait aisément de céder une importante source de recettes sans exiger une compensation quelconque, et sans compromettre notre objectif principal, qui est de procurer des fonds aux Trésors provinciaux. Or, comme il n'a pas été démontré que le système canadien des finances publiques dans son ensemble est sous-financé – et compte tenu des surplus appréciables qui s'annoncent du côté fédéral – nous croyons que les intérêts des Canadiens seront mieux servis par la redistribution de fonds publics entre les niveaux de gouvernement que l'ajout de nouvelles sources de recettes. En effet, l'argumentation en faveur de l'adoption d'une taxe dédiée ou de la proposition visant à considérer une portion de l'utilisation du régime d'assurance-santé comme un avantage imposable aux fins de la déclaration du revenu est peu solide.

Les deux niveaux de gouvernement devront faire preuve d'une forte volonté politique pour la mise en œuvre de cette proposition : d'une part Ottawa devra être prêt à abandonner une source de recettes importante, d'autre part les provinces devront être prêtes à gérer une taxe dont le principe avait été rejeté à l'origine (quoique ce rejet fut surtout attribuable au fait que les autorités fédérales tenaient mordicus à utiliser un taux et une assiette d'imposition uniformes pour tout le pays). Mais ces « difficultés » politiques sont de loin préférables aux *interminables* débats auxquels donne lieu la question des transferts fédéraux-provinciaux (Norrie et Wilson 2000; Hobson et St-Hilaire 2000). Enfin, le transfert de la TPS éliminerait le problème qui est souvent à l'origine du DFV, à savoir la capacité supérieure du gouvernement fédéral de générer des recettes fiscales, puisqu'une taxe à l'utilisation comme la TPS réduit au maximum les inégalités entre les provinces.

Il n'existe pas de solution facile sur le plan politique pour accroître les recettes des administrations provinciales; nous avons donc cherché une solution qui soit à tout le moins efficace et raisonnable sur le plan administratif, qui ne modifie pas l'équité fiscale du régime fédéral-provincial et qui diminue les risques de différend politique.

Bibliographie

Aba, Shay, Wolfe D. Goodman et Jack M. Mintz. 2002. *Funding Public Provision of Private Health: The Case for Copayment Contribution through the Tax System*. Toronto, C. D. Howe Institute.

Barer, Morris L. et coll. 1994. *The Remarkable Tenacity of User Charges*. Toronto, The Premier's Council on Health, Well-Being and Social Justice.

Bird, Richard M. 1994. « A Comparative Perspective on Federal Finance », dans l'ouvrage publié sous la direction de Keith G. Banting, Douglas M. Brown et Thomas J. Courchene, *The Future of Fiscal Federalism*. Kingston, School of Policy Studies, Institute of Intergovernmental Relations, Université Queen's, p. 293-322.

Bird, Richard M. et Jack M. Mintz. 2000. « Tax Assignment in Canada: A Modest Proposal », dans l'ouvrage publié sous la direction de Harvey Lazar, *Toward a New Mission Statement for Canadian Fiscal Federalism*. Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, p. 263-292.

Boadway, Robin. 2000. « Recent Developments in the Economics of Federalism », dans l'ouvrage publié sous la direction de Harvey Lazar, *Toward a New Mission Statement for Canadian Fiscal Federalism*. Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, p. 41-78.

____. 1992. *La répartition constitutionnelle des pouvoirs vue sous l'angle économique*. Ottawa, Approvisionnements et Services Canada.

Boadway, Robin et Paul A. R. Hobson. 1993. *Intergovernmental Fiscal Relations in Canada*. Canadian Tax Paper #96. Toronto, Canadian Tax Foundation.

Boase, Joan Price. 2001. « Federalism and the Health Facility Fees Challenge », dans l'ouvrage publié sous la direction de Duane Adams, *Federalism, Democracy and Health Policy in Canada*. Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, p. 179-206.

Cardarelli, Roberto, James Sefton et Laurence J. Kotlikoff. 2000. « Generational Accounting in the UK », *Economic Journal*, vol. 110, F547-574.

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. 2002. *Préparer l'avenir des soins de santé*, rapport d'étape. Saskatoon, La Commission.

Courchene, Thomas J. 1994. *Social Canada in the Millennium*. Toronto, C. D. Howe Institute.

Culyer, A. J. et Adam Wagstaff. 1993. « Equity and Equality in Health and Health Care », *Journal of Health Economics*, vol. 12, p. 431-457.

Evans, Robert G., Morris L. Barer et Greg L. Stoddart. 1994. *Charging Peter to Pay Paul: Accounting for the Financial Effects of User Charges*. Toronto, The Premier's Council on Health, Well-Being and Social Justice.

Evans, Robert G. et coll. 1994. *It's Not the Money, It's the Principle: Why User Charges for Some Services and Not Others?* Toronto, The Premier's Council on Health, Well-Being and Social Justice.

Forum national sur la santé. 1996. « Le maintien d'un système national de santé : une question de principe(s) … et d'argent ». Disponible sur le site http://wwwnfh.hc-sc.gc.ca/publicat/maintain/idxmainf.htm (29 avril 2002).

Hill, Roderick et Michael Rushton. 1993. « Harmonizing Provincial Sales Taxes with the GST: The Problem of Interprovincial Trade », *Canadian Tax Journal*, vol. 41, n° 1, p. 101-122.

Hobson, Paul A. R. et France St-Hilaire. 2000. « The Evolution of Federal-Provincial Fiscal Arrangements: Putting Humpty Together Again », dans l'ouvrage publié sous la direction de Harvey Lazar, *Toward a New Mission Statement for Canadian Fiscal Federalism*. Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, p. 159-188.

Hurley, Jeremiah. 2000. « An Overview of the Normative Economics of the Health Sector », dans l'ouvrage publié sous la direction de A. J. Culyer et J. P. Newhouse, *Handbook of Health Economics, Volume 1*. Amsterdam, Elsevier, p. 56-118.

Ip, Irene K. et Jack M. Mintz. 1992. *Dividing the Spoils: The Federal-Provincial Allocation of Taxing Powers*. Toronto, C. D. Howe Institute.

Jack, William. 1999. *Principles of Health Economics for Developing Countries*. Washington, The World Bank.

Kent, Tom. 2000. *What Should Be Done About Medicare*. Ottawa, Caledon Institute of Social Policy.

Le Grand, Julian. 2000. « Should the NHS Be Funded by a Hypothecated Tax? », *Fabian Review*, printemps, 8.

Marzouk, M. S. 1991. « Aging, Age-Specific Health Care Costs and the Future Health Care Burden in Canada », *Analyses de politique*, vol. 17, n° 4, p. 490-506.

Mintz, Jack et Michael Smart. 2001. *Income Shifting, Investment, and Tax Competition: Theory and Evidence from Provincial Taxation in Canada*. Working Paper # 554. Munich, Center for Economic Studies et Ifo Institute for Economic Research (CESifo).

Musgrave, Richard. 1983. « Who Should Tax, Where, and What? », dans l'ouvrage publié sous la direction de Charles E. McLure, *Tax Assignment in Federal Countries*. Canberra, ANU Press, p. 2-19.

Normand, Charles. 1992. « Funding Health Care in the United Kingdom », *British Medical Journal*, vol. 304, p. 768-770.

Norrie, Kenneth et L. S. Wilson. 2000. « On Re-Balancing Canadian Fiscal Federalism », dans l'ouvrage publié sous la direction de Harvey Lazar, *Toward a New Mission Statement for Canadian Fiscal Federalism*. Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, p. 79-98.

Pereira, Joao. 1993. « What Does Equity in Health Mean? », *Journal of Social Policy*, vol. 22, p. 19-48.

Ruggeri, G. C. et R. Howard. 2001. *On the Concept and Measurement of Vertical Fiscal Imbalances*. Public Policy Paper #6. Regina, Saskatchewan Institute for Public Policy.

Tobin, James. 1970. « On Limiting the Domain of Inequality », *Journal of Law and Economics*, vol. 13, p. 263-277.

Wagstaff, Adam et Eddy Van Doorslaer. 2000. « Equity in Health Care Finance and Delivery », dans l'ouvrage publié sous la direction de A. J. Culyer et J. P. Newhouse, *Handbook of Health Economics, Volume 1*. Amsterdam, Elsevier, p.1804-1862.

Zeckhauser, Richard. 1994. « Public Finance Principles and National Health Care Reform », *Journal of Economic Perspectives,* vol. 8, n° 3, p. 55-60.